CAHIERS DES ECN

Collection sous la direction de G. Perlemuter, D. Montani, L. Perlemuter

Gériatrie

S. Moulias, O. Guérin, V. Peigne

INCLUSES les CONFÉRENCES de CONSENSUS



ECN +++

- Le cours synthétique
- Les sujets tombés depuis 10 ans
- Les liens transversaux
- Les zéros aux questions
- Les fiches *Dernier tour*

MASSON

Copyrighted material

Collection sous la direction de

Gabriel PERLEMUTER
Professeur des universités
Praticien hospitalier
Faculté de médecine
Paris-Sud
(université Paris 11)

David MONTANI
Chef de clinique des universités
Assistant hospitalier
Faculté de médecine
Paris Descartes
(université Paris 5)

Léon PERLEMUTER
Professeur des universités

Gériatrie

Sophie Moulias
Praticien hospitalier
Unité de court séjour gériatrique
CHU Ambroise-Paré, Boulogne (AP-HP)

Olivier Guérin
Praticien hospitalo-universitaire
Pôle de gérontologie
CHU de Nice, hôpital de Cimiez

Vincent Peigne
Interne des hôpitaux de Paris

This One
EKDW-SGR-FSHP

ELSEVIER
MASSON

Copyrighted material



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Maquette intérieure de Pascal Plottier

Avertissement
Les DCI sont en caractères droits minuscules.
Les marques déposées sont en caractères italiques, commençant par une majuscule.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (L. art. L 122-4, L 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2008 Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-70073-6

Elsevier Masson S.A.S. – 62, rue Camille Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Copyrighted material

Avant-propos

Cette nouvelle collection destinée à la préparation aux épreuves classantes nationales (ECN) tient compte de la réforme du programme de DCEM2-DCEM4 de 2001.

Cette collection suit un découpage par spécialité, chaque ouvrage traitant l'ensemble des items figurant au programme de la spécialité.

Nous avons souhaité rendre les plus synthétiques et les plus pratiques possibles, ces ouvrages pour faciliter le travail de mémorisation de l'étudiant :

- **Synthétiques :** les auteurs, proches de la réalité des épreuves classantes nationales, ont privilégié **un style et une structure** qui permettent non seulement de lire et d'acquérir facilement les items mais aussi de retenir rapidement le contenu grâce à la fiche « Dernier tour » ;
- **Pratiques :** chaque chapitre commence systématiquement par un encadré qui récapitule les objectifs de l'item, les liens transversaux, les conférences de consensus, les sujets tombés avec leur date et le résumé des Annales.

Par rapport aux ouvrages existants, **des innovations originales** ont été apportées :

- ***Pour comprendre.*** Il s'agit d'une introduction expliquant les notions essentielles qui permettent d'appréhender mieux l'item.
- ***Les conférences de consensus ou d'experts.*** Elles font le point sur un problème d'actualité. Ces conférences sont importantes car elles font appel aux meilleurs spécialistes de la question, dont elles soulignent l'intérêt. Le consensus évite des attitudes différentes entre auteurs. La présence d'une conférence de consensus rend un sujet plus facilement « tombable » aux ECN car la correction est moins sujette à discussion.

Les conférences sont référencées pour qu'on puisse les consulter à part. Un encadré de l'énoncé et du contenu des conférences permet de les repérer aisément.

Ces conférences sont rappelées en début de chapitre et s'il n'en existe aucune sur le sujet, cela est également précisé.

- ***Les items « tombés » au concours de l'Internat ou aux ECN au cours des dix dernières années*** sont signalés face au texte concerné mais sont résumés avec leur énoncé et leurs questions en début de chapitre.

Sujets tombés

- ***Les liens transversaux*** renvoient aux ITEMS qui traitent les mêmes sujets au sein du programme mais sous un angle différent. Ils sont signalés dans le texte mais sont également récapitulés en début de chapitre.

Copyrighted material

■ ***Les zéros*** [0] marquent la note nulle obtenue à l'ensemble de la question dans le cadre des dossiers des ECN en cas d'oubli de la notion ainsi signalée. Ils figurent à deux endroits : dans la marge, en regard du texte concerné pour qu'on puisse facilement les repérer et les compter, ainsi que dans la fiche « Dernier tour ».

■ ***La fiche « Dernier tour »*** permet en un instant de se remémorer le contenu de l'item. Elle peut comporter un arbre décisionnel si cela est nécessaire.

■ ***Les images-types.*** Nous avons placé au fil du texte, les images les plus caractéristiques, sachant qu'elles valent mieux qu'un long discours.

Telle qu'elle est, **cette collection est incontournable pour l'étudiant en médecine.** Nous souhaitons qu'elle devienne une référence pour le médecin.

Gabriel PERLEMUTER
David MONTANI
Léon PERLEMUTER

Copyrighted material

Table des matières

Avant-propos V

Liste des abréviations de l'ouvrage X

ITEM 50 Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge 1

I. Généralités 2
II. Complications cardiovasculaires 5
III. Complications respiratoires 7
IV. Escarres 8
V. Complications urologiques 10
VI. Complications digestives 11
VII. Appareil locomoteur 12
VIII. Infections 13
IX. Complications psychologiques 13

ITEM 54 Vieillissement normal 17

I. Épidémiologie 18
II. Physiopathologie 19
III. Clinique 20
IV. Diagnostic différentiel 21
V. Prévention du vieillissement pathologique 21

ITEM 59 La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques 25

I. Concept de fragilité 27
II. Polypathologie 27
III. Particularités sémiologiques, physiques et psychiques de la personne âgée malade 29
IV. Règles de prescription en gériatrie 30

ITEM 60 Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé 33

I. Troubles de la vision 34
II. Troubles de l'audition 39

ITEM 61 Troubles nutritionnels chez le sujet âgé 45

I. Physiopathologie 46
II. Facteurs de risque 46
III. Diagnostic des troubles nutritionnels 47
IV. Prise en charge d'une malnutrition protéino-énergétique du sujet âgé 49
V. Conséquences de la malnutrition protéino-énergétique 52

ITEM 62 Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé 55

I. Épidémiologie 56
II. Physiopathologie 56
III. Étiologie 57
IV. Clinique 59

Copyrighted material

V. Conséquences des chutes 59
VI. Évaluation du risque de chutes 60
VII. Traitement 61

ITEM 63 **Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé** 67
I. Syndrome confusionnel 69
II. Dépression chez le sujet âgé 72
III. Démences chez le sujet âgé 76

ITEM 64 **Autonomie et dépendance chez le sujet âgé** 89
I. Épidémiologie 90
II. Définitions 90
III. Facteurs de risque 91
IV. Clinique 91
V. Évaluation de l'autonomie 92
VI. Traitement 93

ITEM 69 **Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage** 95
I. Reconnaître une situation relevant des soins palliatifs 97
II. Principes de la prise en charge 97
III. Modalités de prise en charge 98
IV. Proches 102
V. Problèmes éthiques 103

ITEM 142 **Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie** 105
I. Évaluation initiale et annonce 107
II. Accompagnement pendant la prise en charge thérapeutique 111
III. Prise en charge des cancers en gériatrie 114
IV. Surveillance 115
V. Prise en charge palliative et fin de vie 116
VI. Problèmes psychologiques 116

ITEM 295 **Amaigrissement** 121
I. Conduite à tenir devant un amaigrissement 122
II. Diagnostics à évoquer 123
III. Rechercher le retentissement de la perte de poids 125

ANNEXES

Clairance de la créatinine estimée par la formule de Cockroft et Gault 129

Mini Nutritional Assessment (MNA™) 131

Mini Mental State Examination (MMSE) : version consensuelle du GRECO 133

Geriatric Depression Scale (GDS) à 15 questions 135

Geriatric Depression Scale (GDS) à 30 questions 137
Modalités de passation 137
Établissement du score et interprétation 138

Copyrighted material

Grille des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton) 139
Grille des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz) 141
Grille AGGIR 143
Liste des abréviations autorisées aux ECN 145
Index 149

Copyrighted material

Liste des abréviations de l'ouvrage

a-FP	alphafœtoprotéine
ADL	*activities of daily living*
AET	apport énergétique total
AGGIR	autonomie gérontologique groupe iso-ressources
ALD	affection de longue durée
APA	aide personnalisée à l'autonomie
CNO	compléments nutritionnels oraux
DMLA	dégénérescence maculaire liée à l'âge
G-CSF	*granulocyte-colony stimulating factor*
GDS	*geriatric depression scale*
IADL	*instrumental activities of daily living*
IMC	indice de masse corporelle
ISRS	inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
ISS	*international staging system*
MDRD	*modification of diet in renal disease*
MMSE	mini mental state examination
MNA	mini nutritional assessment
MPE	malnutrition protéino-énergétique
NE	nutrition entérale
PA	pression artérielle
PINI	index de pronostique inflammatoire et nutritionnel
RCP	réunion de concertation pluridisciplinaire
UFC	unités formant colonie
VEGF	*vascular endothelial growth factor*

Copyrighted material

ITEM 50

Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 53 Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.
- ITEM 56 Ostéoporose.
- ITEM 86 Infections bronchopulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
- ITEM 91 Infections nosocomiales.
- ITEM 110 Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition.
- ITEM 135 Embolie pulmonaire et thrombose veineuse.
- ITEM 181 Iatrogénie. Diagnostic et prévention.
- ITEM 216 Rétention aiguë d'urine.
- ITEM 300 Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement).
- ITEM 321 Incontinence urinaire de l'adulte.

Sujets tombés aux ECN : 2005

Sujets tombés

- Dossier 2 : gonarthrose.

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse dans les suites d'une pose de prothèse de genou.

CONSENSUS

- Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé – ANAES, 1er novembre 2001 – www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_271996.

Copyrighted material

POUR COMPRENDRE…

Points clés

- Mouvement et station debout : situation physiologique (mouvements spontanés durant le sommeil).
- Les complications du décubitus et de l'immobilisation sont nombreuses, fréquentes et peuvent avoir des conséquences catastrophiques.
- Elles touchent de nombreux organes, dont les atteintes peuvent s'enchaîner, voire s'autoaggraver. Les complications de l'immobilité et du décubitus prolongent l'immobilité et le décubitus.
- Elles peuvent être prévenues et traitées à tous les stades.
- Il faut les dépister quotidiennement chez un patient alité.
- Les étiologies de l'immobilisation sont multiples :
 - pathologies médicales aiguës (épisode infectieux, décompensation cardiorespiratoire) ;
 - traumatologie et période postopératoire ;
 - post-chute ;
 - neurologiques (syndrome parkinsonien, accident vasculaire cérébral, pathologie médullaire) ;
 - psychiatriques (dépression sévère, schizophrénie catatonique) ;
 - liées aux soins (contention lors d'un épisode confusionnel, traitement par voie intraveineuse prolongé).
- Pronostic difficile à établir : importance des pathologies sous-jacentes et de la dénutrition.
- Pas de contention mais des bas de contention !

Chiffres clés

- Prévalence des escarres : 5-8 % en court et moyen séjour, 10 % en long séjour.
- Incidence de l'embolie pulmonaire en milieu hospitalier : 15-20/1 000.

I. GÉNÉRALITÉS

- Les manifestations cliniques des complications du décubitus sont variées et touchent de nombreux organes. Leur symptomatologie peut être aspécifique et un patient peut présenter plusieurs complications de l'immobilisation, simultanément ou successivement.
- Il faut toujours rechercher un facteur favorisant l'immobilité (fractures, décubitus).

Copyrighted material

A. Prévention

■ Attitude volontariste, implication de toute l'équipe soignante et des proches.

■ **Éviter d'aliter les patients mobiles :**
– pas de contention physique, laisser déambuler. [0]
– limitation des indications de perfusion.

B. Prise en charge globale du patient alité

■ Enquête systématique à la recherche d'un éventuel traitement étiologique, d'un facteur favorisant réversible (en particulier douleur à soulager), d'une contre-indication à une mobilisation (instabilité hémodynamique, embolie pulmonaire très récente, fractures instables). [0]

■ Nécessité d'un examen clinique régulier et systématique.

■ Conduite à tenir à toujours mettre en œuvre :
– nursing ;
– réhydratation,
– renutrition ➤ ITEM 110 ;
– traitement étiologique ;
– adaptation des prescriptions à la fonction rénale.

C. Nursing [0]

■ Soins d'hygiène : éviter la macération.

■ Diminuer la pression sur les zones d'appui : positionnement avec changements réguliers (toutes les 2-3 heures) de position, supports adaptés (matelas à eau, à air, dynamiques, surmatelas).

■ Pas de massage et de frictions des points de pression : diminution du débit sanguin local.

■ Installation au fauteuil : tous les jours, pendant des périodes de plus en plus longues.

■ Proposer régulièrement d'aller aux toilettes, la mise en place du bassin.

■ Pas de couche systématique.

■ Bas de contention (intérêt pour la maladie veineuse thromboembolique et l'hypotension orthostatique).

D. Hydratation [0]

■ Privilégier la voie orale.

■ À défaut, voie sous-cutanée (hypodermoclyse) :
– apports possibles d'eau (500 à 1000 cc/24 h), de glucose et de NaCl ;
– administration de potassium contre-indiquée : risque de nécrose locale.

■ Si volumes à apporter importants : voie intraveineuse, le moins longtemps possible.

Copyrighted material

E. Nutrition ITEM 110

- Évaluation de l'état nutritionnel (clinique et biologique : albumine, préalbumine).
- Surveillance des ingesta.
- Adaptation de la texture à l'état dentaire.
- Alimentation riche en fibres ITEM 300.
- Aide lors de la prise des repas.
- Éventuellement, suppléments hypercaloriques hyperprotidiques.
- Supplémentation en vitamine D et calcium.
- En cas de nutrition par sonde nasogastrique : position proclive (30 à 45°) et administration continue pour diminuer le risque de pneumopathie.

F. Adaptation posologique à la fonction rénale

- Se méfier des interactions médicamenteuses et de l'insuffisance rénale : estimation de la clairance de la créatinine par la formule de Cockroft ou la formule MDRD *(Modification of Diet in Renal Disease)* avant toute prescription ITEM 181.

- Ces formules servent à diagnostiquer l'insuffisance rénale chronique.

1. Formule de Cockroft et Gault *(voir annexe, p. 129)*

- Clairance de la créatinine (mL/min) = K × [(140 – âge) × poids]/créatininémie.
- K = 1,04 (femmes) ou 1,25 (hommes), âge en années, poids en kg, créatininémie en µmol/L.
- Avantage : nécessite peu de données.
- Inconvénient : moins fiable si diabète.

2. Calcul à partir des ionogrammes sanguin et urinaire

- Clairance de la créatinine (mL/min) = diurèse des 24 heures (en mL) × créatinurie/créatininémie × 1,44.
- Avantage : semble physiologiquement logique.
- Inconvénient : surestime le débit de filtration glomérulaire en raison d'une sécrétion tubulaire de créatinine et nécessite un recueil correct des urines des 24 heures, ce qui est rarement le cas.

3. Formule MDRD

- Le terme vient de l'étude *Modification of Diet in Renal Disease*, qui a fourni les données pour établir cette formule.
- Clairance de la créatinine (mL/min/1,73 m^2) = 2,11 × créatininémie – 1,154 × âge – 0,203 × 1,212 (si sujet de race noire) × 0,742 (si femme).
- Avantage : plus précise que la formule de Cockcroft et Gault chez les insuffisants rénaux et les diabétiques.
- Inconvénient : plus complexe mais il existe des sites Internet permettant de la calculer (par exemple : http://www.nephron.com/MDRD_GFR.cgi).

Copyrighted material

II. COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES

A. Maladie thromboembolique veineuse

- Embolie pulmonaire = complication la plus grave ITEM 135.
- Risque augmenté en cas de : déshydratation, syndrome inflammatoire, néoplasie, chirurgie, déficit moteur, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire et antécédents personnels de thrombose.

1. Diagnostic*

*ECN 2005

Objectif : établir la probabilité clinique d'embolie pulmonaire (recherche de facteurs favorisants, de diagnostic alternatif).

a. Dosage des d-dimères

- Peu d'intérêt chez le patient alité.
- Permettent d'éliminer une maladie thromboembolique chez un patient ambulatoire.
- Fréquemment positifs chez le sujet âgé, en particulier au cours du décubitus prolongé, même en l'absence de maladie thromboembolique.

b. Échographie-Doppler veineux

Spécifique mais modérément sensible.

c. Scintigraphie pulmonaire

- Une scintigraphie de perfusion normale élimine une embolie pulmonaire.
- Une scintigraphie anormale fournit une estimation de la probabilité d'embolie pulmonaire.

d. Angioscanner pulmonaire

- Permet le diagnostic des embolies pulmonaires jusqu'au niveau sous-segmentaire mais nécessité pour le patient de rester en apnée pendant l'acquisition *(fig. 50-1)*.

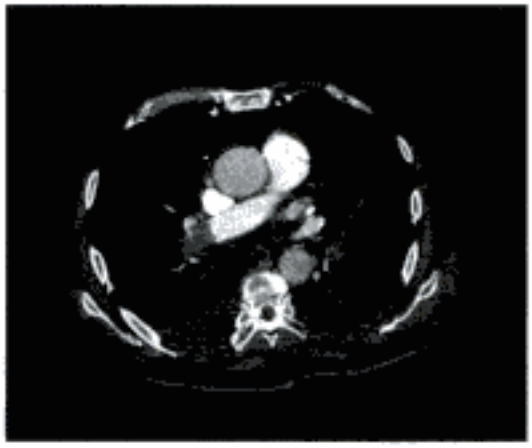


Figure 50-1. Angioscanner pulmonaire : embolie pulmonaire proximale bilatérale.

Copyrighted material

■ Complications : réaction d'hypersensibilité au produit de contraste iodé, insuffisance rénale aiguë (risque accru en cas de déshydratation, d'insuffisance rénale préexistante, de myélome avec protéinurie de Bence-Jones), surcharge volémique avec décompensation d'une insuffisance cardiaque, extravasation du produit de contraste avec nécrose (attention à l'état veineux et cutané).

■ Prévention de l'insuffisance rénale aiguë liée à l'injection de produit de contraste iodé : limiter le nombre et le volume des injections, attendre au moins 24 heures entre deux examens, hydratation par voie intraveineuse avant et après l'examen (par exemple : chlorure de sodium 0,9 %, 1 litre en 12 heures avant l'examen et 1 litre en 12 heures après). L'intérêt de la N-acétyl-cystéine reste en débat (moindre élévation de la créatininémie mais pas d'impact clinique démontré).

2. Prévention

■ Bas de contention.

[0]

■ Héparine de bas poids moléculaire* ITEM 135 :

– par exemple,énoxaparine *(Lovenox)* 40 mg : 1 injection sous-cutanée par jour ;

– à discuter selon facteurs de risque de thrombose ;

– en absence d'insuffisance rénale (alternative : héparinate de calcium) ;

– surveillance de l'hémogramme (thrombopénie induite par l'héparine).

*ECN 2005

3. Traitement ITEM 135

■ Anticoagulation par héparine non fractionnée ou de bas poids moléculaire selon la fonction rénale.

■ Relais par antivitamine K (rapport bénéfices-risques à établir, en particulier si risque de chute important).

■ En cas de contre-indication des anticoagulants : filtre-cave.

[0]

B. Hypotension orthostatique

■ Dès les premiers jours.

■ Risque de chute au lever.

■ Facteurs favorisants :

– hypovolémie absolue ou relative (déshydratation, varices volumineuses) ;

– vasodilatateurs (IEC, inhibiteurs calciques) ITEM 181 ;

– certains psychotropes (L-dopa, neuroleptiques).

■ Diagnostic :

– baisse de 20 mmHg de la PA systolique et/ou de 10 mmHg de la PA diastolique lors du lever (survient le plus souvent dans les 5 minutes après le lever) ;

Copyrighted material

– si accélération du pouls inférieure à 10/min lors de l'épisode d'hypotension : rechercher une dysautonomie (diabète, alcool, *Shy-Drager*, atrophie multisystémique).

- Prévention et prise en charge :
 – hydratation ;
 – bas de contention ;
 – usage adapté des antihypertenseurs ;
 – surveillance clinique lors des premiers levers ;
 – en cas de dysautonomie diabétique invalidante malgré les mesures précédentes : discuter agonistes adrénergiques type midodrine (*Gutron*) en l'absence de contre-indication…

C. Désadaptation cardiovasculaire

- Redistribution du volume sanguin lors du décubitus prolongé, qui entraîne une augmentation de 30 % du travail cardiaque.
- Limite les possibilités de reprise de la marche.
- Prise en charge : réadaptation progressive à l'effort par kinésithérapie passive et active d'intensité croissante.

III. COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

A. Encombrement bronchique et atélectasies [0]

- Diminution de la toux et de l'élimination des sécrétions.
- Facteurs favorisants : déshydratation, bronchite chronique, dilatation des bronches.
- Diagnostic :
 – clinique : asymétrie auscultatoire, encombrement palpable ;
 – confirmation du diagnostic par la radiographie de thorax : opacité rétractile systématisée.
- Prévention et prise en charge :
 – kinésithérapie avec aspirations transglottiques si encombrement important ITEM 53 ;
 – en cas d'atélectasie mal tolérée ou réfractaire à la kinésithérapie : fibroaspiration.

B. Pneumopathies ITEMS 86, 91 [0]

- Risque relatif de pneumopathie multiplié par 2,6 en cas d'immobilisation chez les patients des centres de long séjour.
- Micro-inhalations répétées avec modifications de la flore oropharyngée (importance des bacilles à Gram négatif et des anaérobies).
- Nutrition par sonde nasogastrique : facteur favorisant, risque diminué en cas d'administration de la nutrition entérale en proclive à 30°.

Copyrighted material

- Diagnostic clinique et radiologique.
- Documentation bactériologique difficile (faible rendement des hémocultures et de l'examen cytobactériologique des crachats).
- En cas de pneumopathie nosocomiale :
 - recherche systématique d'une légionellose par antigénurie ;
 - discuter prélèvement endobronchique.
- Antibiothérapie en cas de pneumopathie d'inhalation : amoxicilline-acide clavulanique (*Augmentin* : 1 g × 3/jour) en première intention ou association ceftriaxone-métronidazole (*Rocéphine* : 1 g/jour + *Flagyl* : 500 mg × 3/jour), à moduler selon les antécédents et l'éventuelle colonisation du patient, l'épidémiologie du service ITEM 86.

C. Embolie pulmonaire ITEM 135

Voir *supra*.

IV. Escarres

- Zone de nécrose tissulaire : ischémie due à une compression des parties molles entre un plan osseux et un plan dur.
- Facteurs de risque : dénutrition, troubles de la sensibilité, déshydratation, stress aigu, macération ITEM 110.
- Échelles prédictives type Norton *(tableau 50-I)*.
- Zones de prédilection : sacrum et talons. Plus rarement : occiput, rachis dorsal, région des ischions (fauteuil roulant).

CONSENSUS

Stades cliniques
ANAES, 1er novembre 2001

- I. Altération observable de la peau intacte : zone rouge, chaleur/froideur, changement de consistance, sensibilité.
- II. Perte de l'épiderme et/ou du derme : abrasion, phlyctène.
- III. Perte de toute l'épaisseur de la peau, l'ulcération ne dépassant pas le fascia.
- IV. Atteinte s'étendant aux muscles ou aux os.

- Colonisation bactérienne constante : prélèvements bactériologiques ou antibiothérapie systématiques sans intérêt thérapeutique.
- Infection plus rare ITEM 91 :
 - berges de l'escarre rouges, sensibles, enflées ;
 - isolement d'un germe localement (taux > 10^5/mL) ou sur une hémoculture.

Copyrighted material

Tableau 50-1. Échelle de Norton.

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence	Score
Excellente	Alerte	Ambulant	Complète	Continent	4
Bonne	Apathique	Aide à la marche	Légèrement limitée	Parfois	3
Passable	Confusion	Fauteuil uniquement	Très limitée	Urinaire	2
Mauvaise	Stupeur	Grabataire	Immobile	Urinaire et fécale	1

Patient à risque de développer une escarre si score < 16.

CONSENSUS

Prévention des escarres
ANAES, 1er novembre 2001

- Identifier les facteurs de risque d'escarre.
- Diminuer la pression : éviter les appuis prolongés (mobilisation, mise au fauteuil, verticalisation, reprise de la marche précoces).
- Utiliser des supports adaptés au patient et à son environnement.
- Observation régulière de l'état cutané.
- Maintenir l'hygiène et éviter la macération.
- Assurer un équilibre nutritionnel.
- Favoriser la participation du patient et de son entourage.

CONSENSUS

Prise en charge des escarres
ANAES, 1er novembre 2001

- Renforcement des mesures préventives et création de conditions locales favorisant la cicatrisation.
- Nettoyage au sérum physiologique.
- Stade I : diminuer la pression par le positionnement.
- Stade II : percer la phlyctène sans l'effondrer. Pansement hydrocolloïde éventuellement.
- Stades III et IV :
 - stades évolutifs successifs : détersion, bourgeonnement, épidermisation ;
 - détersion mécanique ou chimique des tissus nécrotiques : ne doit pas faire saigner ;
 - pansement hydrocolloïde (alginate si exsudative ou hémorragique) ;
 - en cas de bourgeonnement excessif : pansement gras (vaseline, tulle gras) ou corticoïdes locaux ;
 - en phase d'épidermisation, un film polyuréthane transparent peut suffire.
- Antibiothérapie seulement si infection avérée, adaptée au germe isolé.
- Chirurgie : couverture des structures nobles exposées (vaisseaux, nerfs, articulations, os), avec renforcement des mesures préventives.

Copyrighted material

V. COMPLICATIONS UROLOGIQUES

A. Rétention urinaire avec globe vésical et mictions par regorgement

ITEM 216

1. Clinique

- Symptomatologie parfois évocatrice (douleur pelvienne, impériosités, matité sus-pubienne), parfois aspécifique (syndrome confusionnel, agitation).
- À rechercher systématiquement cliniquement et, au moindre doute, par l'échographie (idéalement au lit : appareil dédié type *bladder scan*).

2. Facteurs favorisants

- Pathologie prostatique
- Fécalome
- Médicaments (anticholinergiques, morphiniques) ITEM 181.
- Infection urinaire.
- Vessie neurologique (toutes les pathologies médullaires, syndrome de la queue de cheval).
- Fracture du cadre obturateur.

3. Complication

Claquage de vessie :

- rupture du detrusor secondaire à une distension vésicale importante (> 1 L) et d'installation rapide ;
- empêche la reprise des mictions à court terme même après disparition de l'obstacle.

4. Prise en charge

- Élimination des facteurs favorisants.
- Sondage vésical :
 - aller-retour (risque moindre d'infection urinaire) : auto ou hétérosondage ;
 - à demeure ;
- Risque d'hématurie *a vacuo* lors de l'évacuation d'un globe vésical de grand volume : arrêter l'évacuation tous les 500 cc pendant quelques minutes puis reprendre.
- Alphabloquant type tamusulosine (*Omix* ou *Josir* : 1 cp/jour) : intérêt en cas d'obstacle prostatique, risque d'hypotension orthostatique.
- Claquage de vessie : sondage à demeure pendant au moins 2 semaines.

B. Incontinence urinaire ITEM 321

- Perte de la continence par déconditionnement :
 - mise en place de couches à titre systématique ;
 - difficulté à uriner dans le bassin ;

Copyrighted material

– manque de disponibilité de l'équipe soignante pour conduire le patient aux toilettes.

- Autres facteurs favorisants : carence œstrogénique chez la femme, infection.
- Prévention et prise en charge :
 – pas de mise en place systématique de couches ;
 – proposer régulièrement au patient d'aller aux toilettes.

C. Infection urinaire ITEM 91

- Première cause d'infection nosocomiale.
- Facteur favorisant : sondage vésical à demeure (risque de colonisation au cours du sondage vésical : 3 %/jour).

- Interprétation de l'ECBU :
 – critères classiques de Kass (1957) : infection si bactériurie > 10^5 UFC/mL **et** leucocyturie > 10^4/mL ;
 – modification récente du seuil de bactériurie avec prise en compte de la clinique :
 - ≥ 10^3 UFC/mL pour les cystites à *E. coli* ;
 - ≥ 10^5 UFC/mL pour les cystites à autres germes ;
 - ≥ 10^4 UFC/mL pour les pyélonéphrites ;
 - ≥ 10^4 UFC/mL pour les prostatites ;
 – en présence d'une sonde vésicale, l'existence d'une leucocyturie est normale et n'est pas un argument en faveur d'une infection urinaire.

- Traitement :
 – adapté à la clinique et à l'antibiogramme ;
 – rechercher les situations à risque de complication : obstacle, malformation urologique ;
 – pas de traitement minute des cystites chez les femmes de plus de 65 ans.

VI. COMPLICATIONS DIGESTIVES

A. Constipation

- Moins de trois selles par semaine ou de 100 g de selles par jour ITEM 300.
- Mécanismes : ralentissement du transit et/ou trouble de la défécation.

1. Facteurs favorisants

- Déshydratation, régime alimentaire pauvre en fibres.
- Médicaments (morphiniques, neuroleptiques, fer, anticholinergiques) ITEM 181.
- Pathologies neurologiques (maladie de Parkinson, dysautonomies, atteintes médullaires).

Copyrighted material

- Prolapsus (rectocèle).
- Endocrinopathies (hypothyroïdie, insuffisance surrénalienne, hypoparathyroïdie).

2. Prévention et prise en charge

- Hydratation et régime riche en fibres.
- Laxatifs, en particulier si morphiniques ITEM 300 :
 - pas de laxatif irritant ;
 - pas de paraffine si trouble de la déglutition (pneumopathie huileuse) ;
 - préférer les laxatifs osmotiques (lactulose, sorbitol) ou les mucilages.

3. Tableau particulier : colectasie ou syndrome d'Ogilvie

- Occlusion colique sans obstacle organique.
- Peut se compliquer d'une perforation (risque majeur si diamètre cæcal > 11 cm sur la radio d'abdomen sans préparation).
- Favorisée par traumatisme, pathologie cardiaque (infarctus du myocarde et insuffisance cardiaque), troubles électrolytiques (hypokaliémie, hyponatrémie, hypocalcémie, hypercalcémie, hypomagnésémie), médicaments (morphiniques, anticholinergiques, phénothiazines), épisodes infectieux.
- Prise en charge :
 - correction des troubles électrolytiques favorisants ;
 - colo-exsufflation.

B. Incontinence fécale

- Mécanisme analogue à l'incontinence urinaire.
- Se méfier de la fausse diarrhée pouvant accompagner un fécalome.
- Toucher rectal systématique.

VII. APPAREIL LOCOMOTEUR

A. Chutes

- Déconditionnement à la marche et à la station debout lors d'un décubitus prolongé.
- Facteurs de risque associés tels que pathologie sous-jacente, hypotension orthostatique.
- Risque de chute du lit ou du fauteuil : surveillance régulière et installation correcte du patient par les soignants.
- Pas d'intérêt des barrières sur les lits :
 - ne diminuent pas le nombre de chutes ;
 - peuvent en augmenter la gravité en augmentant leur hauteur ;
 - risque de décès par strangulation dans les barrières de lit.

Copyrighted material

■ Ajuster le niveau du lit au plus bas et, éventuellement, placer un matelas à côté du lit pour limiter la gravité des chutes.

■ Pas de contention physique :

– risque de traumatisme ;

– majoration d'un état d'agitation ou d'un syndrome confusionnel.

B. Amyotrophie

■ Installation rapide.

■ Favorisée par l'hypercatabolisme (infection, cancer).

■ Jusqu'à 10 % de masse musculaire perdue par semaine d'immobilisation.

C. Rétractions tendineuses

■ Pied en équin, flessum de genou et de hanche.

■ Favorisées par les déficits moteurs et les attitudes antalgiques.

D. Ostéoporose ➤ ITEM 56

■ Favorisée par une carence en vitamine D et en calcium.

■ Fractures spontanées ou lors des mobilisations.

E. Prévention et prise en charge

■ Kinésithérapie ➤ ITEM 53 :

– motrice passive et active ;

– contractions musculaires isométriques ;

– verticalisation, éventuellement avec une table de verticalisation.

■ Ergothérapie : orthèses pour limiter les déformations tendineuses

■ Nutrition avec supplémentation vitaminocalcique.

VIII. INFECTIONS ➤ ITEM 91

■ Cause : immobilité associée à un risque accru d'infections nosocomiales.

■ Il peut s'agir :

– d'infections urinaires (rôle du sondage vésical à demeure) ;

– d'infections respiratoires basses (rôles des troubles de la déglutition) ➤ ITEM 86 ;

– de septicémie (rôle des cathéters veineux).

IX. COMPLICATIONS PSYCHOLOGIQUES

■ Désorientation : perte des repères spatiotemporels, aggravée par l'hospitalisation.

■ Anxiété et dépression.

■ Pouvant aboutir à un syndrome de glissement :

– mutisme ;

– refus alimentaire total ;

Copyrighted material

– subocclusion et rétention urinaire ;

– **régression** psychomotrice : rétropulsion, **incapacité à rester au fauteuil, clinophilie.**

■ **Prévention :**

– **attitude de** réassurance, adaptée **aux déficits sensoriels ;**

– **donner régulièrement des repères spatiotemporels ;**

– **maintenir l'alternance veille-sommeil ;**

– **en cas de syndrome dépressif sévère : traitement antidépresseur ;**

– **en cas d'anxiété majeure : prescription ponctuelle d'anxiolytique.**

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge

- Complications du décubitus nombreuses et associées, autoaggravées.
- Gravité liée au terrain.
- Recherche de facteurs favorisants réversibles 0 (fracture, douleur).
- Approche globale et multiprofessionnelle :
 - nutrition, hydratation 0, nursing 0, kinésithérapie 0;
 - pas de contention physique.

Complications cardiovasculaires

- Embolie pulmonaire 0 :
 - prévention par bas de contention et HBPM 0 si facteur de risque de maladie thromboembolique :
 - déficit focal ;
 - cancer, inflammation, déshydratation ;
 - chirurgie ;
 - antécédents thromboemboliques ;
 - diagnostic confirmé par échographie-Doppler, scintigraphie, angioscanner pulmonaire ;
 - traitement : anticoagulation par HBPM ou héparine non fractionnée puis AVK.
- Hypotension orthostatique 0 :
 - favorisée par déshydratation, vasodilatateurs, psychotropes, dysautonomie ;
 - prévention et prise en charge : hydratation, bas de contention.
- Désadaptation cardiovasculaire.

Complications respiratoires

- Encombrement bronchique 0 et atélectasies :
 - hydratation ;
 - kinésithérapie respiratoire et aspirations transglottiques.
- Pneumopathies 0 (inhalation) :
 - posturage ;
 - antibiothérapie.

Complications urologiques et digestives

- Constipation, rétention urinaire 0 :
 - complications : fécalome 0, globe vésical et claquage de vessie ;
 - médicaments favorisants (morphiniques, cholinergiques) ;
 - prévention :
 - laxatifs 0 ;
 - sondage vésical itératif ou à demeure.
- Incontinence urinaire et fécale : pas de couche systématique 0.
- Infection urinaire : favorisée par le sondage urinaire.

Escarres 0

- Facteurs favorisants : dénutrition, macération, déficit moteur.

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

- Clinique :
 - stade I : rougeur ;
 - stade II : phlyctène ou abrasion superficielle ;
 - stade III : ulcération de l'ensemble de la peau jusqu'au fascia ;
 - stade IV : atteinte des structures sous-jacentes.
- Prévention et prise en charge :
 - toujours : nursing 0, avec diminution de la pression par mobilisation et supports adaptés 0 ;
 - renutrition 0 ;
 - détersion mécanique/chimique si nécrose ;
 - bourgeonnement et épidermisation favorisés par pansements (hydrocolloïdes) ;
 - antibiothérapie en cas d'infection avérée (signes locaux et germe isolé à taux significatif/bactériémie) ;
 - chirurgie de couverture des structures nobles exposées.

Appareil locomoteur

- Amyotrophie, rétraction tendineuse 0.
- Ostéoporose.
- Prise en charge :
 - kinésithérapie passive et active 0 ;
 - supplémentation vitaminocalcique.

Complications neuropsychiatriques

- Confusion.
- Dépression, régression psychomotrice et syndrome de glissement.
- Prise en charge : réassurance, anxiolytique/antidépresseur.

Copyrighted material

ITEM 54

Vieillissement normal[1]

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Expliquer les aspects fonctionnels, biologiques et psychologiques du vieillissement normal.
- Exposer les principes de la prévention des maladies et des troubles dont l'incidence augmente avec l'âge.
- Décrire les conséquences sociales et économiques de l'évolution de la pyramide des âges.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 55 Ménopause et andropause.
- ITEM 56 Ostéoporose.
- ITEM 59 La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.
- ITEM 60 Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.
- ITEM 62 Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé.
- ITEM 64 Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.
- ITEM 110 Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition.
- ITEM 129 Facteurs de risque cardiovasculaires et prévention.
- ITEM 130 Hypertension artérielle de l'adulte.
- ITEM 133 Accidents vasculaires cérébraux.
- ITEM 233 Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.
- ITEM 253 Insuffisance rénale chronique.
- ITEM 267 Obésité de l'enfant et de l'adulte.

CONSENSUS

- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Recommandations et fiche de synthèse – Recommandations pour la pratique clinique de la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG) – HAS, novembre 2005.

1. Aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.

Copyrighted material

POUR COMPRENDRE...

- Augmentation de l'espérance de vie liée à l'amélioration de la santé et des conditions de vie.
- Vieillissement physiologique ou normal : modifications d'aspect et de fonctionnement touchant tous les organes, observables chez tous les individus.
- Vieillissement pathologique : chez certains sujets âgés, les effets des maladies aiguës ou chroniques qu'ils présentent se surajoutent à ces modifications physiologiques.
- Les effets du vieillissement pathologique sont différents d'une pathologie à l'autre.
- Savoir démêler l'un de l'autre permet une prise en charge plus adaptée de l'individu.

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

- Augmentation de la population mondiale : 6 milliards d'individus en 1999, dont 410 millions de plus de 65 ans et une estimation à 10 milliards en 2050, avec 1,5 milliard d'individus de plus de 65 ans.
- Augmentation de l'espérance de vie dans tous les pays du monde, y compris ceux en développement.
- L'augmentation la plus importante touche les plus âgés : entre 2000 et 2010, les 75-84 ans devraient passer de 3 à 4 millions, les plus de 85 ans de 1,2 à 1,5 million.
- Les centenaires seront 5 fois plus nombreux en 2050 qu'aujourd'hui.
- L'avancée en âge s'accompagnant de maladies chroniques potentiellement invalidantes, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente aussi.
- L'espérance de vie sans invalidité est aussi en augmentation, reflétant un meilleur contrôle des risques vasculaires à partir de 50 ans.
- **Conséquences sociales et économiques de l'évolution de la pyramide des âges** *(fig. 54-1)* :
 - les plus de 65 ans vivent mieux et plus longtemps mais ne travaillent plus ;
 - les plus de 65 ans perçoivent des retraites, financées en partie par les actifs ;
 - les naissances sont stables mais du fait de la prolongation de l'espérance de vie, la population vieillit. Si les naissances diminuent, il y aura plus d'âgés que de jeunes en France ;
 - sur 61,5 millions d'habitants en France, 15 millions ont moins de 20 ans et 10 millions ont plus de 65 ans. ;
 - la population la plus âgée est plus à risque de maladies, d'hospitalisations et de soins à domicile. Il devrait donc y avoir une augmentation des dépenses de santé et des dépenses sociales (aide sociale pour l'entrée en institution, APA) ;
 - des mesures de prévention des maladies survenant lors du vieillissement sont donc mises en place, pour limiter ces coûts ;

Copyrighted material

– bien sûr ce calcul est en partie faussé car l'âge physiologique est différent de l'âge civil : ceux qui sont hospitalisés à 95 ans sont bien plus robustes que ceux hospitalisés à 75 ans et donc coûtent souvent moins en soins.

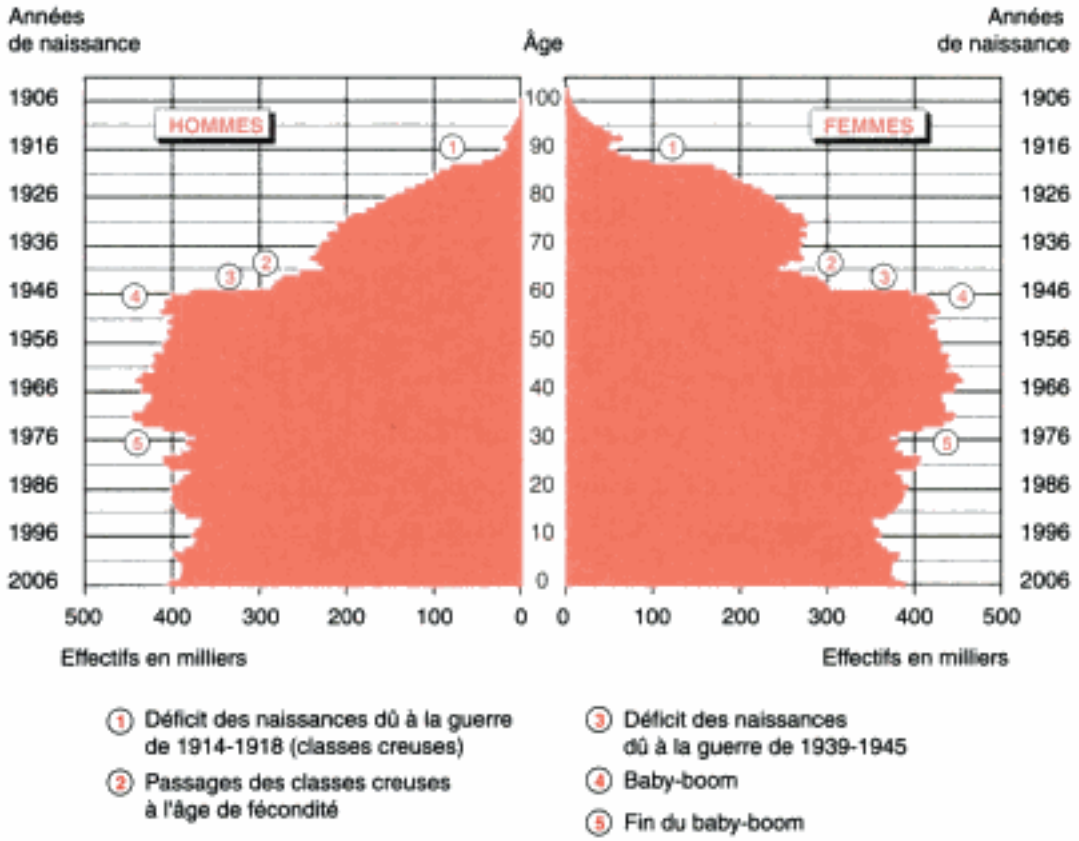


Figure 54-1. Population de la France au 1er janvier 2007
(d'après F. Héran et G. Pison, *Population & Sociétés*, n° 432, Ined, mars 2007). *Source* : Insee.

II. PHYSIOPATHOLOGIE

■ Le vieillissement est un processus hétérogène et évolutif.

■ Il relève de mécanismes intrinsèques inéluctables et de facteurs extrinsèques relevant de l'environnement. 0

A. Mécanismes intrinsèques

1. Radicaux libres

■ Ce sont des métabolites de l'oxygène, qui altèrent l'ADN et les acides gras de la membrane cellulaire.

■ Ils sont contrés par les enzymes et vitamines (A, E et C) anti-oxydantes.

■ Ce système de protection s'altère avec le temps. Les radicaux libres circulants sont alors de plus en plus nombreux et les lésions qu'ils occasionnent aussi.

2. Facteurs génétiques

■ Ce sont souvent des altérations acquises de l'ADN, en particulier mitochondrial.

Copyrighted material

■ Avec l'avancée en âge survient un raccourcissement des télomères, qui protègent l'ADN lors des divisions cellulaires. L'ADN est alors plus facilement dégradé et les cellules altérées.

3. Glycation non enzymatique des protéines

Elle conduit à la formation de produits terminaux : les *Advanced Glycation End products*, plus résistants à la protéolyse. Cela conduit à une modification de la paroi cellulaire et à une altération des cellules et de leurs fonctions.

B. Facteurs extrinsèques

■ Vécu du patient : guerres, traumatismes physiques et psychiques, deuils.

■ Tabagisme.

■ Sédentarité, activités sociales.

■ Alimentation trop riche ou carencée ➤ ITEM 110.

■ Antécédents personnels et familiaux : cancer, facteurs de risque d'ostéoporose, AVC, etc. ➤ ITEMS 66, 133.

III. CLINIQUE

A. Vieillissement normal

[0] ■ Il se constate sur tous les organes.

■ Il commence dès la fin de la maturation (25 ans chez l'homme) chez tous les

[0] êtres humains.

B. Effets sur l'organisme

■ Diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, sans atteindre de

[0] seuil pathologique.

■ Moins bonne adaptation aux situations de stress.

■ Diminution de la filtration glomérulaire, de même que des capacités de concentration, de dilution et d'excrétion du rein. Diminution de la clairance rénale ➤ ITEM 253.

■ Diminution de la masse musculaire (sarcopénie), avec augmentation parallèle de la masse grasse.

■ Diminution de la force musculaire.

■ Diminution de la tolérance au glucose.

■ Diminution de la perception de la soif.

■ Diminution de la densité osseuse, amincissement des cartilages.

■ Diminution de l'accommodation visuelle (presbytie) et de l'audition (presbyacousie) ➤ ITEM 60.

■ Diminution du flux salivaire et des sécrétions gastriques.

■ Diminution des villosités intestinales et du péristaltisme intestinal.

Copyrighted material

- Les besoins énergétiques restent les mêmes que chez le sujet plus jeune.
- Le goût salé s'altère alors que le sucré reste intact.
- Une réduction du calibre des petites bronches est constatée, ainsi que de la compliance pulmonaire, avec baisse de la PaO_2 et du VEMS.
- La ménopause s'accompagne d'une involution de l'utérus et des glandes mammaires ITEM 55.
- Chez l'homme, la sécrétion de testostérone baisse et le volume prostatique augmente ITEM 55.
- Au niveau cutané : rides, sécheresse cutanée, diminution de croissance des cheveux et des phanères.
- Au niveau cardiovasculaire :
 - la compliance artérielle diminue, entraînant une majoration de la pression artérielle ;
 - l'épaisseur pariétale du ventricule gauche augmente, entraînant un moins bon remplissage ventriculaire (trouble de la fonction diastolique).
- Au niveau immunitaire, la réponse humorale est conservée, celle à médiation cellulaire diminuée, sans altération de la réponse à la vaccination.
- Au niveau neurologique :
 - le nombre de neurones diminue, avec raréfaction de la substance blanche ;
 - il n'y a pas de modification des fonctions motrices et sensitives ;
 - la mémoire est intacte, l'apprentissage est plus lent ;
 - la structuration et le temps de sommeil sont modifiés.

IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est important de connaître les effets du vieillissement normal sur l'organisme pour ne pas les confondre avec le vieillissement pathologique :

- le vieillissement pathologique est dû à l'effet d'une ou plusieurs maladies sur un ou plusieurs organes, dont il altère la fonctionnalité ; 0
- il s'ajoute au vieillissement normal. 0
- il peut être parfois évité par une prévention ou un traitement adapté précoce de la maladie concernée ;
- il est différent d'un individu à l'autre, alors que le vieillissement normal concerne tous les individus.

V. PRÉVENTION DU VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

C'est la prévention des maladies et des troubles dont l'incidence augmente avec l'âge. Plusieurs axes de prévention sont possibles :

Copyrighted material

- maintenir et entretenir les capacités physiques, psychiques, sociales et cognitives :
 - marche de 30 min/jour ;
 - alimentation équilibrée ;
 - rupture de l'isolement social s'il est présent ;
 - dépistage des troubles cognitif au moindre doute ;
- supplémentation par des antioxydants (mais elle n'a jamais fait ses preuves) ;
- correction des déclins physiologiques :
 - traitement de la ménopause ➤ ITEM 55 ;
 - alimentation riche en calcium pour prévenir l'ostéoporose ➤ ITEM 56 ;
 - marche régulière pour l'entraînement cardiaque, le maintien musculaire et la lutte contre la sédentarité : au moins 30 minutes par jour ;

D

- limiter les facteurs de risque pouvant donner des pathologies invalidantes : tabac, obésité, sédentarité ➤ ITEMS 129, 267 ;
- dépister précocement les maladies asymptomatiques pouvant être traitées efficacement :
 - hypertension artérielle ➤ ITEM 130 ;
 - diabète ➤ ITEM 233 ;
 - dyslipidémies ;
 - cancer du sein, de la prostate ➤ ITEMS 156, 159 ;
 - au mieux par un examen clinique tous les 6 mois avec prise de tension, un bilan biologique tous les ans (NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie, bilan lipidique, PSA + autres en fonction de l'orientation clinique : albumine et préalbumine si perte de poids, bilan hépatique si prise d'alcool, etc.), une mammographie et un examen gynécologique tous les 2 à 5 ans ;



- adaptation de l'environnement physique et social à la perte d'autonomie lorsqu'elle est présente ➤ ITEM 64 :
 - par une modification du domicile : veilleuses nocturnes, majoration des lumières en cas de troubles visuels, fixation des tapis et limitation des obstacles en cas de chutes ;
 - par des aides techniques : déambulateur à roulette en cas de syndrome postchute, mains courantes, surélévation des toilettes en cas de prothèse de hanche. Mise en place d'une téléalarme si la personne est isolée :
 - par des aides humaines : mise en place d'une auxiliaire de vie pour la toilette, les repas, d'une aide-ménagère pour les courses et le ménage, du portage des repas, d'une garde de nuit ;
 - connexion avec un réseau de ville : gériatrique si isolement de la personne âgée ou de soins palliatifs si besoin (centres locaux d'information et de coordination, qui peuvent évaluer le besoin d'aide à domicile) ;
 - par des aides financières : mise en place de l'aide à l'autonomie, demande de prise en charge à 100 % si nécessaire.

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Vieillissement

- Augmentation de l'espérance de vie liée à l'amélioration de la santé et des conditions de vie.
- Augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.
- Augmentation de l'espérance de vie sans invalidité.

Vieillissement normal

- Processus hétérogène et évolutif.
- Relève de mécanismes intrinsèques inéluctables et de facteurs extrinsèques relevant de l'environnement [0] :
- Mécanismes intrinsèques : radicaux libres, facteurs génétiques, glycation non enzymatique des protéines.
- Se constate sur tous les organes [0].
- Commence dès la fin de la maturation (25 ans chez l'homme) chez tous les êtres humains [0].
- Effets sur l'organisme :
 - diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, sans atteindre de seuil pathologique [0] ;
 - diminution de :
 - la filtration glomérulaire ;
 - la masse musculaire (sarcopénie) ;
 - la tolérance au glucose ;
 - la perception de la soif ;
 - la densité osseuse ;
 - l'accommodation visuelle (presbytie), l'audition (presbyacousie) ;
 - ménopause et andropause.

Vieillissement pathologique

- Diagnostic différentiel important avec les effets du vieillissement normal.
- Dû à l'effet d'une ou plusieurs maladies sur un ou plusieurs organes dont il altère la fonctionnalité [0].
- S'ajoute au vieillissement normal [0].
- Parfois évité par une prévention ou un traitement adapté précoce de la maladie concernée.
- Différent d'un individu à l'autre.
- Prévention du vieillissement pathologique :
 - maintenir les capacités physiques, psychiques, sociales et cognitives ;
 - correction des déclins physiologiques ;
 - limiter les facteurs de risque pouvant donner des pathologies invalidantes [0] : tabac, obésité, sédentarité ;
 - dépister précocement les maladies asymptomatiques pouvant être traitées ;

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

– adaptation de l'environnement physique et social à la perte d'autonomie lorsqu'elle est présente :
- modification du domicile ;
- aides techniques ;
- aides humaines ;
- connexion avec un réseau de ville ;
- aides financières.

Copyrighted material

ITEM 59

La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Expliquer les concepts de vieillissement pathologique, de polypathologie et de vulnérabilité en gériatrie.
- Décrire les particularités sémiologiques, physiques et psychiques de la personne âgée malade.
- Décrire le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles de prescription chez le sujet âgé.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 54 Vieillissement normal : aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.
- ITEM 55 Ménopause et andropause.
- ITEM 56 Ostéoporose.
- ITEM 57 Arthrose.
- ITEM 58 Cataracte.
- ITEM 60 Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.
- ITEM 61 Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.
- ITEM 62 Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé.
- ITEM 63 Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.
- ITEM 64 Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.
- ITEM 129 Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.
- ITEM 130 Hypertension artérielle de l'adulte.
- ITEM 167 Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations.
- ITEM 169 L'évaluation thérapeutique et les niveaux de preuve.

Copyrighted material

ITEM 170 La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse.

ITEM 171 Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses.

ITEM 172 Automédication.

ITEM 181 Iatrogénie. Diagnostic et prévention.

ITEM 233 Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.

ITEM 236 Fibrillation auriculaire.

ITEM 250 Insuffisance cardiaque de l'adulte.

ITEM 253 Insuffisance rénale chronique.

Sujets tombés au concours de l'Internat : 2002



• Dossier 8, cession Sud : Malaise syncopal avec bradycardie et chute chez une femme de 85 ans.

1) Causes de syncopes.
2) Examens complémentaires à demander en urgence devant une syncope.
3) Rôle possible des traitements médicamenteux dans le malaise et la chute.

CONSENSUS



• Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans – ANAES, 1995.

• Prévenir la iatrogenèse médicamenteuse chez le sujet âgé – Mise au point de l'AFSSAPS, juillet 2005.

POUR COMPRENDRE...

- La vieillesse n'est pas une maladie.
- On ne meurt jamais de vieillesse mais toujours de maladie.
- La prise en charge d'un sujet âgé malade est complexe car :

 – le vieillissement physiologique s'accompagne de modifications à prendre en compte ;

 – l'anamnèse est difficile ;

 – l'expression symptomatique des maladies est modifiée par rapport aux adultes jeunes ;

 – la polypathologie est fréquente ;

 – la polymédication est courante ;

 – les interactions entre les maladies et les médicaments sont systématiques ;

 – les problèmes psychologiques et sociaux doivent être pris en compte au même titre que les problèmes somatiques.

Copyrighted material

I. CONCEPT DE FRAGILITÉ

■ Concept d'origine anglo-saxonne *(frailty)* typiquement gériatrique, traduisant une plus grande vulnérabilité face à la morbidité et au risque de handicap.

■ Fragilité sociale : isolement, absence de ressources.
■ Fragilité psychologique : déficit mental, dépression, démences, psychoses.
■ Fragilité médicale : toutes les maladies chroniques invalidantes.
■ L'accumulation des facteurs de risque augmente la fragilité. 0

■ Autres facteurs de risque :
– âge > 90 ans ;
– inactivité ;
– sarcopénie (perte musculaire liée au vieillissement et aggravée par les processus infectieux, inflammatoires et l'immobilité) ITEM 50, 61 ;
– dénutrition ITEM 61 ;
– troubles de la marche et de l'équilibre ITEM 62 ;
– déficits sensoriels ITEM 62 ;
– hospitalisation ;
– entrée en institution ;
– polymédication ITEM 181 ;
– maladie larvée, pas encore diagnostiquée, comme souvent les démences.

II. POLYPATHOLOGIE

■ Caractéristique de la médecine gériatrique.
■ Environ 5 maladies par personne âgée hospitalisée.
■ Chacune interagit sur l'autre et sur le traitement.
■ Prise en charge systématique sur 3 niveaux :
– médical ;
– psychologique ;
– social.
■ Nécessité d'une équipe multidisciplinaire. 0

A. Coexistence aléatoire de deux maladies ou plus

■ Par exemple : insuffisance cardiaque + cancer + cataracte, ou dépression + artérite + appendicite.
■ Risque permanent d'interférence thérapeutique.
■ Risque majeur :
– d'insuffisance rénale ITEM 253 ;
– d'état inflammatoire aigu ;

Copyrighted material

– d'insuffisance cardiaque aiguë ITEM 250 ;

– d'état confusionnel ITEM 63.

B. Intrication de pathologies : une maladie, des manifestations

ITEMS 129, 130, 233, 250, 253

- Par exemple : maladie vasculaire carotidienne, coronarienne, rénale, diabète, insuffisance cardiaque avec dyspnée, confusion, insuffisance rénale.
- Nécessité de choisir des médicaments pouvant jouer sur plusieurs plans (par exemple, furosémide si insuffisance rénale et hypertension artérielle et/ou diabète, antiagrégants plaquettaires).
- Envisager le patient dans sa globalité et non organe par organe.

C. Pathologies en cascade

- Apanage des patients âgés fragiles.
- Addition de plusieurs effets *(fig. 59-1)* :
 – effets du vieillissement physiologique sur l'organe (**I**) ;
 – existence d'une ou plusieurs pathologies chroniques touchant cet organe (**II**) ;
 – survenue d'une ou plusieurs causes précipitantes, souvent extérieures à l'organe touché (**III**).
- **I** n'est pas une maladie, le seuil de fonctionnalité est toujours respecté.
- Identifier et traiter **III** permet de retrouver un état stable.
- Identifier et traiter **II** permet de prévenir une nouvelle rechute.
- Par exemple : vieillissement cardiaque normal (**I**) + fibrillation auriculaire (**II**) + anémie (**III**) = insuffisance cardiaque aiguë. La transfusion traitera l'insuffisance cardiaque.

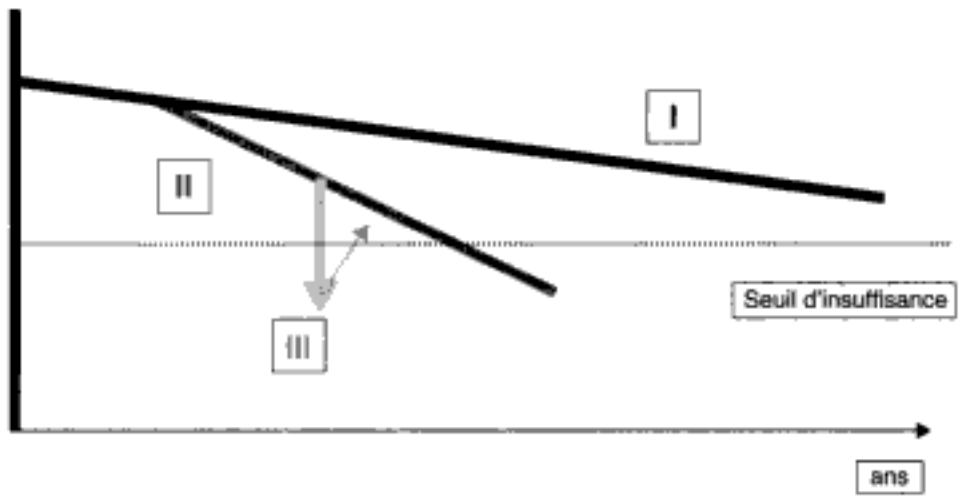


Figure 59-1. Théorie des cascades (I + II + III).

Copyrighted material

III. PARTICULARITÉS SÉMIOLOGIQUES, PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE MALADE

Il faut toujours comparer un patient à son groupe d'âge : un nonagénaire en pleine forme n'a pas les mêmes capacités qu'un octogénaire en pleine forme.

A. Augmentation des maladies chroniques

Lors de l'avancée en âge les maladies chroniques augmentent, avec leurs complications :

- ostéoporose et arthrose ralentissent la marche ITEMS 56, 57 ;
- l'insuffisance rénale majore le risque de iatrogénie ITEM 253 ;
- le risque de décompensation cardiaque est majoré par la présence fréquente d'une insuffisance cardiaque diastolique (dite à cœur normal), qui facilite la survenue d'une fibrillation auriculaire chronique par altération du tissu nodal ITEMS 226, 250.

B. Régression psychomotrice ITEM 63

- Autrefois appelée « syndrome de glissement ».
- Peut se voir à tout âge mais plus souvent chez l'enfant et le sujet âgé.
- C'est la régression à un stade antérieur du développement avec perte des acquis. Le patient perd son autonomie à un stade plus ou moins sévère, pouvant aller jusqu'à une grabatisation avec incontinence et perte du langage.
- Elle peut régresser si elle est diagnostiquée à temps et prise en charge avec des soins de nursing et de kinésithérapie, une réalimentation active, un soutien psychologique et parfois des antidépresseurs.
- Une dépression et une démence sont à rechercher systématiquement.

C. Syndrome postchute ITEM 62

- Concerne plus de 30 % des patients âgés qui chutent.
- Survient immédiatement après la chute ou à distance.
- Sidération des automatismes de marche, avec difficulté à se tenir debout, rétropulsion, impossibilité du sujet à se projeter en avant pour démarrer la marche.
- Composante psychologique importante : anxiété majeure, dévalorisation et syndrome dépressif si persistance des troubles.
- Risque majeur : perte totale de la marche.

D. Majoration des phénomènes psychologiques liés au vieillissement physiologique ITEM 54

- Diminution du sommeil.
- Difficultés d'apprentissage.
- Risque confusionnel majeur.
- Isolement fréquent.

Copyrighted material

IV. RÈGLES DE PRESCRIPTION EN GÉRIATRIE ITEM 181

Les personnes de plus de 65 ans sont à l'origine environ de 40 % de la consommation de médicaments en ville, pour environ 16 % de la population. Le risque iatrogénique est majoré par la polymédication, elle-même liée à la polypathologie. La iatrogénie serait responsable de près de 20 % des hospitalisations chez les octogénaires.

■ **Avant la prescription** ITEMS 167, 171, 172, 253 :

– écouter le patient et ses proches, se renseigner sur son hygiène de vie, ses antécédents ;

– s'assurer du diagnostic ;

– prendre connaissance de la totalité du traitement ;

– évaluer l'automédication ;

– vérifier que les signes présentés ne sont pas des effets indésirables du traitement ;

– hiérarchiser les pathologies ;

– fixer les objectifs de chaque traitement avec un rapport bénéfice/risque ;

– connaître le poids ;

– évaluer la fonction rénale en calculant la clairance de la créatinine *(voir annexe, p. 129)*.

■ **Choisir le traitement** ITEMS 169, 170 :

– avec le moins d'effets secondaires (attendus) possibles ;

– avec la demi-vie la plus courte ;

– avec la voie d'administration la plus adaptée ;

– ayant fait la preuve scientifique de son efficacité ;

– ne faisant pas double emploi avec les traitements en cours.

■ **Expliquer le traitement au patient et au besoin à ses proches**.

■ **Fixer la durée du traitement** :

– pour quelques jours (antibiotiques, antalgiques) ;

– à vie (antiagrégants) ;

– pour quelques mois (anticoagulants en cas de phlébite).

■ Après la prescription :

– évaluer régulièrement le traitement : efficacité, tolérance, nécessité de poursuivre ?

– vérifier l'observance du patient avant d'augmenter la dose ;

– programmer une surveillance clinique (poids, auscultation) et biologique (ionogramme sanguin, fonction rénale, INR).

Copyrighted material

0 Concours Internat 2002

■ **Savoir arrêter le traitement*** :

– en cas d'effets indésirables (par exemple, arrêt d'un IEC et changement de molécule en cas de toux) ;

– en cas de risque de iatrogénie : anti-inflammatoires non stéroïdiens, antivitamine K et refus de la surveillance de l'INR ou doute sur la prise médicamenteuse ;

– en cas de non-prise par le patient ;

– en cas de non-indication au long cours (par exemple, antivitamine K plus de 6 mois après une embolie pulmonaire simple).

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques

- La vieillesse n'est pas une maladie : on meurt toujours de maladie.
- L'anamnèse est difficile.
- La polypathologie est fréquente.
- La polymédication est courante.
- Les problèmes psychologiques et sociaux doivent être pris en compte au même titre que les problèmes somatiques.

Concept de fragilité

- Plus grande vulnérabilité face à la morbidité et au risque de handicap.
- Fragilité sociale : isolement, absence de ressources.
- Fragilité psychologique : déficit mental, dépression, démence, psychose.
- Fragilité médicale : toutes les maladies chroniques invalidantes.
- L'accumulation des facteurs de risque augmente la fragilité 0.

Polypathologie

- Caractéristique de la médecine gériatrique.
- Environ 5 maladies par personne âgée hospitalisée.
- Prise en charge systématique aux niveaux médical, psychologique et social.
- Nécessité d'une équipe multidisciplinaire 0.
- Envisager le patient dans sa globalité et non organe par organe.
- Pathologies en cascades :
 - apanage des patients âgés fragiles ;
 - addition de plusieurs effets :
 - effets du vieillissement physiologique sur l'organe ;
 - existence d'une ou plusieurs pathologies chroniques touchant cet organe ;
 - survenue d'une ou plusieurs causes précipitantes, souvent extérieures à l'organe touché.

Règles de prescription en gériatrie

- Prendre connaissance de la totalité du traitement 0.
- Connaître le poids 0.
- Calculer la clairance de la créatinine 0.
- Choisir le traitement :
 - avec le moins d'effets secondaires (attendus) possibles 0 ;
 - avec la voie d'administration la plus adaptée ;
 - ayant fait la preuve scientifique de son efficacité 0 ;
 - ne faisant pas double emploi avec les traitements en cours.
- Expliquer le traitement au patient et au besoin à ses proches 0.
- Fixer la durée du traitement 0.
- Vérifier l'observance du patient avant d'augmenter la dose 0.
- Programmer une surveillance clinique et biologique 0.
- Savoir arrêter le traitement 0.

Copyrighted material

ITEM 60

Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Diagnostiquer les maladies de la vision liées au vieillissement et en discuter la prise en charge thérapeutique, préventive et curative.
- Diagnostiquer les troubles de l'audition liés au vieillissement et en discuter la prise en charge thérapeutique, préventive et curative.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 49 Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel.
- ITEM 58 Cataracte.
- ITEM 130 Hypertension artérielle de l'adulte.
- ITEM 219 Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydroélectrolytiques.
- ITEM 233 Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.
- ITEM 240 Glaucome chronique.
- ITEM 248 Hypothyroïdie
- ITEM 287 Troubles de la réfraction.
- ITEM 293 Altération de la fonction visuelle.
- ITEM 294 Altération de la fonction auditive.
- ITEM 344 Vertige (avec le traitement).

Sujets tombés au concours de l'Internat : 2000

Sujets tombés

- Dossier 6, cession Sud : Baisse d'acuité visuelle de loin progressive chez un homme de 65 ans sous corticothérapie au long cours.

1) Arguments diagnostiques pour une cataracte.
2) Facteurs médicamenteux favorisants.
3) Différentes modalités de traitement chirurgical et de correction optique associée.
4) Principales complications rétiniennes dans les suites de l'intervention chirurgicale de cataracte.
5) Complication cornéenne dans les suites de l'intervention chirurgicale de cataracte *(plus au programme)*.

CONSENSUS

- Prévenir la iatrogenèse médicamenteuse chez le sujet âgé – Mise au point de l'AFSSAPS, juillet 2005.

Copyrighted material

POUR COMPRENDRE…

- Lors du vieillissement, les organes des sens sont le siège de modifications physiologiques et pathologiques. Ces dernières sont les conséquences de facteurs ajoutés héréditaires, environnementaux et/ou liés au terrain.
- Plus de 75 % des personnes de plus de 80 ans souffrent de troubles sensoriels.
- Les plus fréquents sont les troubles de la vue et de l'audition.
- Le dépistage doit être systématique en raison de la répercussion possible sur la vie quotidienne, la morbidité et la mortalité de la personne atteinte.
- La privation sensorielle entraîne un isolement progressif avec risque de complications.
- Ces complications peuvent être mécaniques (difficultés à conduire, chutes à répétition avec peur de sortir et de marcher) ou psychologiques (perte des liens sociaux, diminution des loisirs, perte d'accès à l'information, survenue d'un état dépressif).
- Ces complications doivent être systématiquement prévenues par une adaptation de l'environnement sensoriel et une compensation des handicaps :
 - les pièces doivent toujours être suffisamment éclairées, avec des lumières douces, y compris la nuit (veilleuses, déclenchement par domotique) ;
 - les lunettes doivent être vérifiées tous les ans ;
 - les objets bas situés pouvant composer des obstacles doivent être supprimés ;
 - les proches doivent apprendre à parler distinctement en face de la personne (lecture labiale) ;
 - il faut aller consulter à la moindre déficience.

I. TROUBLES DE LA VISION ITEM 49

A. Vieillissement physiologique

- Vers 40 ans, la perte de l'élasticité du cristallin altère l'accommodation, provoquant la presbytie : déformation de la vision de près ITEM 293.
- La vision des couleurs, l'acuité visuelle, la vision de nuit sont modifiées. Un gérontoxon, dépôt lipidique cornéen, peut apparaître.

B. Vieillissement pathologique

1. Cataracte ITEMS 58, 287, 293

a. Épidémiologie

- C'est la première cause de baisse de l'acuité visuelle chez le sujet âgé et de cécité dans le monde.
- Prévalence de 20 % à 65 ans, 35 % à 75 ans, > 60 % à 80 ans.

b. Physiopathologie

- Il s'agit d'une opacification progressive bilatérale du cristallin, nucléaire ou postérieure. La vitesse d'évolution diffère d'un individu à l'autre.

Copyrighted material

- Les facteurs de risque sont les suivants :
 - âge ;
 - antécédents familiaux ;
 - bas niveau socioéconomique ;
 - myopie préexistante ;
 - tabac ;
 - consommation excessive d'alcool ;
 - diabète ITEM 223 ;
 - certains médicaments comme l'allopurinol ou les corticoïdes* ;
 - exposition aux ultraviolets.



c. *Clinique*

- La cataracte passe le plus souvent inaperçue au début.
- Progressivement apparaissent une baisse de l'acuité visuelle, une diplopie monoculaire, une sensation d'éblouissement au soleil, des phénomènes de halos autour des objets, une gêne à la lecture, une modification de la vision des couleurs et des reliefs*.



- Le diagnostic repose sur l'examen ophtalmologique avec champ visuel et fond d'œil, à la recherche d'une pathologie associée.

d. *Traitement*

- **Préventif :** il n'y a pas de traitement préventif d'efficacité prouvée.
- **Curatif*** :



 - seule la chirurgie permet une restauration de la vision. Elle se prévoit en fonction de la gêne ressentie et du retentissement sur la vie quotidienne ;
 - elle se fait par phako-émulsification du cristallin sous anesthésie locale, sans limite d'âge, mais avec un risque de cataracte secondaire postérieure (1 patient sur 2 dans les 5 ans). On fait alors une capsulotomie au laser YAG. Les autres complications rétiniennes postopératoires sont les infections, le décollement de rétine et l'œdème maculaire cystoïde. La complication cornéenne postopératoire est la décompensation endothéliale (inflammation causée par le mouvement des implants dans l'œil) ;
 - la récupération visuelle est rapide et bonne. Les verres correcteurs seront prescrits après 1 mois si nécessaire ;
 - l'intervention sur le deuxième œil se fait dans les 3 à 6 mois qui suivent.

2. Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ITEM 293

a. *Épidémiologie*

- C'est la première cause de cécité non curable chez le sujet de plus de 65 ans.

Copyrighted material

■ Sa prévalence augmente avec l'âge : 1 à 2 % des 50-65 ans, 10 % des 65-75 ans, 25 % des 75-85 ans.

■ En France, on estime que 2 millions de personnes présentent une forme peu accentuée et 200 000 souffrent d'une atteinte sévère. Un patient sur 2 présente une atteinte du deuxième œil dans les 5 ans.

b. Physiopathologie

■ Accumulation de résidus non éliminés de la phagocytose des photorécepteurs (drüsen) par les cellules de l'épithélium pigmentaire au début, stimulant l'angiogenèse inflammatoire.

■ Évolution dans 80 % des cas vers la forme sèche ou atrophique. En cas de forme exsudative (20 % des cas), des néovaisseaux prolifèrent et détruisent les tissus.

■ Les facteurs de risque sont les suivants :

– âge ;

– sexe féminin ;

– antécédents familiaux ;

– terrain génétique ;

– hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires ➤ ITEM 130 ;

– diabète ➤ ITEM 233 ;

– iris clair ;

– hypermétropie ;

– opacité cristallinienne ;

– aphakie ;

– tabac ;

– carence alimentaire en caroténoïdes ;

– rôle incertain de l'exposition aux ultraviolets, au soleil, à la lumière bleue.

c. Clinique

■ Les principaux signes sont une baisse de l'acuité visuelle de loin et de près, des métamorphopsies (distorsion de la vision des images) et une photophobie.

Des hallucinations visuelles arrivent au stade tardif, avec un scotome central.

■ Un certain degré de perception périphérique persiste mais le patient ne peut plus lire, ni reconnaître les gens dans les formes évoluées.

■ Le diagnostic repose sur l'examen ophtalmologique (recherche de métamorphopsies, de scotome central), avec fond d'œil (recherche de drüsen, d'exsudats, d'hémorragies, de décollement de rétine).

■ Il est indispensable de réaliser une angiographie pour discuter le traitement.

Copyrighted material

d. Traitement

■ **Préventif :** le traitement préventif vise à supprimer les facteurs de risque : arrêt du tabac et prise de suppléments en vitamines C et E et oligoéléments (zinc, bêtacarotène). Le dépistage se fait par un fond d'œil systématique tous les ans chez les sujets de plus de 65 ans.

■ **Curatif** :

– il n'y a pas de traitement en cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge atrophique ;

– en cas de forme exsudative, le traitement repose sur la destruction des néovaisseaux par photocoagulation au laser ou thérapie photodynamique. Ces traitements peuvent être proposés après injection intravitréenne d'antiangiogéniques, qui diminuent le facteur de croissance vasculaire endothélial (VEGF). La durée d'action est de 4 à 6 semaines, permettant une stabilisation avant l'opération. Les corticoïdes sont aussi utilisés ;

– on propose systématiquement au patient l'utilisation d'aides visuelles comme les loupes et un éclairage adapté. Une rééducation par mobilisation de la vision périphérique restante chez un orthoptiste peut être réalisée, mais est souvent longue et difficile.

3. Glaucome chronique ➤ ITEMS 240, 293

a. Épidémiologie

■ Il touche 2 % des plus de 45 ans, 4 % des plus de 75 ans.

■ Dans 80 % des cas, il s'agit d'un glaucome chronique à angle ouvert dont l'incidence augmente avec l'âge.

b. Physiopathologie

■ Il s'agit d'une neuropathie optique antérieure progressive irréversible avec modifications papillaires et altérations du champ visuel. Elle s'accompagne souvent d'une augmentation de la pression intraoculaire. [0]

■ Ses facteurs de risque sont les suivants :

– âge ;

– hérédité ;

– myopie ;

– origine ethnique ;

– prise de corticoïdes ;

– hypotension ou fluctuation tensionnelle ;

– hypertension artérielle ➤ ITEM 120 ;

– diabète ➤ ITEM 220 ;

– dyslipidémies.

Copyrighted material

c. Clinique

■ L'œil est calme, non douloureux, en mydriase avec impression de mauvaise vision.

■ Le diagnostic repose sur la mesure de la pression oculaire (≥ 21 mmHg), la recherche d'une pâleur avec excavation pupillaire au fond d'œil, la présence ou non de scotomes au champ visuel, une visualisation de l'angle iridocornéen au gonioscope.

d. Traitement

■ **Préventif :** il passe par le dépistage systématique à partir de 45 ans.

■ **Curatif :**

– il repose sur le traitement médical par les collyres, qui diminuent l'humeur aqueuse et donc la pression intraoculaire. Les collyres bêtabloquants sont prescrits en première intention, ou des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, en association avec des analogues des prostaglandines ;

– les sympathomimétiques (agonistes alpha 2 : *Alphagan*) et les parasympathomimétiques (pilocarpine) ne sont pas indiqués chez les sujets âgés, du fait de leurs effets secondaires. Ces médicaments peuvent entraîner en effet des palpitations, avec extrasystolie, de l'hypertension artérielle, des céphalées, par stimulation du système nerveux autonome ;

– le recours à la chirurgie (trabulectomie externe avec sclérectomie profonde) n'a lieu qu'en cas d'inefficacité des traitements médicaux.

4. Rétinopathie diabétique ITEMS 233, 293

a. Épidémiologie

■ C'est une cause non négligeable de cécité chez les sujets âgés.

■ Sa prévalence est de 3 % chez les plus de 65 ans et de 7 % chez les plus de 75 ans.

b. Physiopathologie

Son développement est fonction de l'évolution du diabète et de l'équilibre glycémique, mais elle évolue plus lentement que chez le sujet plus jeune.

c. Clinique

■ Le diagnostic se fait au fond d'œil, complété d'une angiographie rétinienne si nécessaire.

■ Les rétinopathies prolifératives sont caractérisées par une néovascularisation, des hémorragies du vitré, un décollement de rétine, un glaucome néovasculaire.

■ Les rétinopathies non prolifératives s'accompagnent de microanvrysmes, d'hémorragies, d'exsudats cireux et d'œdème rétinien.

Copyrighted material

d. Traitement

- **Préventif :** il reste un parfait équilibre glycémique ITEM 233.
- **Curatif :** certaines rétinopathies prolifératives peuvent être traitées par laser.

5. Syndrome sec

a. Physiopathologie

- Il existe une diminution du film lacrymal avec irritation oculaire : conjonctivite chronique ou kératoconjonctivite sèche.
- Les causes sont multiples : atrophie des glandes lacrymales liées au vieillissement, insuffisance lacrymale iatrogène (antidépresseurs tricycliques, antihistaminiques, atropiniques, bêtabloquants, neuroleptiques), ectropion. Le syndrome de Gougerot-Sjögren est plus rare.

b. Clinique

Le diagnostic repose sur le test de Schirmer, qui évalue la quantité de larmes en plaçant une languette de papier buvard graduée au contact de la conjonctive pendant 5 minutes. Il peut être complété par une angiographie à la fluorescéine pour rechercher une kératite.

c. Traitement

- **Préventif :** les facteurs favorisants médicamenteux doivent être supprimés si possible.
- **Curatif :** le traitement est symptomatique par prescription de larmes artificielles 6 à 10 fois par jour.

II. TROUBLES DE L'AUDITION ITEMS 49, 294

A. Épidémiologie

- La presbyacousie est une baisse progressive bilatérale de l'audition secondaire à la sénescence de l'appareil auditif. Elle commence vers 40 ans.
- Prévalence de 10 % entre 45 et 54 ans, de 15 % entre 55 et 64 ans, de 25 % entre 65 et 74 ans, de 50 % entre 75 et 84 ans et supérieure à 80 % après 85 ans.

B. Physiopathologie

- Il s'agit d'une surdité de perception bilatérale, symétrique, d'évolution lente.
- Les cellules neurosensorielles de l'organe de Corti, dont le nombre est fixé à la naissance, ne se renouvellent pas. Leur diminution peut être aggravée par différents facteurs.

C. Facteurs aggravants

- Déterminants génétiques.
- Exposition aux bruits intenses.
- Hypertension artérielle ITEM 130.

Copyrighted material

- Dyslipidémies.
- Hypothyroïdie ITEM 248.
- Diabète ITEM 223.
- Troubles ioniques et hydroélectrolytiques ITEM 219.
- Médicaments ototoxiques : localement en cas de perforation tympanique ou par voie générale (aminosides, diurétiques de l'anse, cisplatine). Cette toxicité est aggravée en cas d'insuffisance rénale et de surdosage.

D. Clinique

- Le diagnostic repose sur un examen ORL et sur un examen clinique complet. Le conduit auditif est normal et le tympan peu modifié. L'absence de bouchon de cérumen doit toujours être vérifiée. L'audiométrie est indispensable au diagnostic.

- Trois stades cliniques sont décrits :

 – stade précoce : élévation de perception des sons aigus, altération insidieuse de la compréhension de la parole. Ces troubles passent inaperçu tant que la perte est inférieure à 30 dB aux fréquences ≥ 2 000 Hz ;

 – stade social : baisse de l'acuité auditive associée à une diminution de la compréhension de la parole, particulièrement en groupe dans une atmosphère bruyante et au téléphone. Possibilité d'acouphènes dans 20 à 40 % des cas et de vertiges dans 25 % des cas. Cette gêne survient pour une perte supérieure à 30 dB à 2 000 Hz et pour les fréquences plus élevées. C'est à ce stade qu'il faut intervenir ;

 – stade d'isolement : le sujet se trouve coupé du monde extérieur avec des difficultés de communiquer avec autrui. Il existe un risque important de repli sur soi avec isolement social et dépression réactionnelle. Une baisse de la vigilance, une régression des activités cérébrales et l'apparition de troubles du caractère peuvent survenir.

E. Diagnostic différentiel ITEM 244

- La maladie de Ménière, les surdités brusques ou infectieuses sont des surdités de perception, le plus souvent unilatérales, d'évolution aiguë ou subaiguë.
- Les bouchons de cérumen sont formés par l'accumulation de cire dans le conduit auditif externe. Leur ablation améliore l'audition, même en cas de presbyacousie associée.
- L'otospongiose est une surdité de transmission familiale.
- Le neurinome de l'acoustique est suspecté devant une surdité unilatérale, progressive ou brusque avec acouphènes.

Copyrighted material

F. Traitement

1. Préventif

Il s'agit essentiellement de contrôler et limiter les facteurs aggravants.

2. Curatif

- Il n'existe pas de traitement curatif.
- Avant tout appareillage, il faut s'assurer des capacités cognitives du sujet, de sa capacité à manier la prothèse, de ses motivations et de ses moyens financiers.

- L'appareillage permet une amplification des sons perçus mais risque de diminuer leur discrimination. Il faut toujours faire des essais avant l'achat final.
- Il existe plusieurs types de prothèses : les contours de l'oreille, les intra-auriculaires, les lunettes avec prothèses intégrées à la monture. Les implants dans l'oreille moyenne sont chers, doivent être posés chirurgicalement et sont réservés aux sujets jeunes.
- L'appareillage bilatéral assure une meilleure localisation des sons, en particulier en milieu sonore. En cas d'appareillage unilatéral, on choisit la meilleure oreille, celle avec la meilleure discrimination.
- Les conseils à l'entourage sont indispensables : suppression des bruits de fond, parler à voix normale, sans crier, lentement sans hacher les mots, se placer en face du sujet pour favoriser la lecture labiale, écrire les consignes, ne pas s'énerver.
- Un suivi clinique avec audiogramme est nécessaire tous les ans, puis tous les 2 ans si l'audiogramme est stable. Au besoin on adaptera la prothèse.

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé

Troubles de la vision

- Vieillissement physiologique = presbytie.
- Cataracte :
 - opacification progressive bilatérale du cristallin, nucléaire ou postérieure ;
 - facteurs de risque : âge, myopie, tabac, alcool, diabète, allopurinol, corticoïdes, UV ;
 - seule la chirurgie permet une restauration de la vision.
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) :
 - baisse de l'acuité visuelle de loin et de près + métamorphopsies + photophobie 0 ;
 - hallucinations visuelles possibles au stade tardif, avec scotome central 0 ;
 - pas de traitement en cas de forme atrophique. Toujours proposer des aides visuelles.
- Glaucome chronique :
 - neuropathie optique antérieure progressive irréversible ;
 - facteurs de risque : âge, hérédité, prise de corticoïdes, hypotension ou fluctuations tensionnelles, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies ;
 - œil calme, non douloureux, en mydriase avec impression de mauvaise vision. Hypertension oculaire 0.
 - traitement curatif médical par collyres bêtabloquants + analogues des prostaglandines ;
 - sympathomimétiques et parasympathomimétiques contre-indiqués chez les sujets âgés, du fait de leurs effets cardiovasculaires.
- Rétinopathie diabétique :
 - prolifératives ou non ;
 - traitement préventif = parfait équilibre glycémique 0.
- Syndrome sec :
 - conjonctivite chronique ou kératoconjonctivite sèche ;
 - test de Schirmer.

Troubles de l'audition

- Surdité de perception bilatérale, symétrique, d'évolution lente.
- Facteurs aggravants : génétiques, exposition aux bruits intenses, hypertension artérielle, dyslipidémies, hypothyroïdie, diabète, médicaments ototoxiques.
- Audiométrie indispensable au diagnostic.
- Risque d'isolement social et de dépression si non traités.
- Pas de traitement curatif, uniquement appareillage.

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

	Clinique	Facteurs de risque	Traitement
Cataracte	Opacification progressive bilatérale du cristallin Nucléaire ou postérieure	Âge Myopie Tabac Alcool Diabète Allopurinol Corticoïdes Ultraviolets	Seule la chirurgie permet une restauration de la vision
Dégénérescence maculaire liée à l'âge	Baisse de l'acuité visuelle de loin et de près + métamorphopsies + photophobie Hallucinations visuelles possibles au stade tardif, avec scotome central	Âge Sexe féminin Antécédents familiaux Terrain génétique Hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, diabète Iris clair Hypermétropie Opacité cristallinienne Aphakie Tabac Carence alimentaire en caroténoïdes Rôle incertain de l'exposition aux ultraviolets, au soleil, à la lumière bleue	Vitamines C et E Zinc et bêtacarotène Pas de traitement en cas de forme atrophique. Toujours proposer des aides visuelles
Glaucome	Neuropathie optique antérieure progressive irréversible Œil calme, non douloureux, en mydriase avec impression de mauvaise vision	Âge Hérédité Corticoïdes Hypotension Fluctuation tensionnelle Hypertension artérielle Diabète Dyslipidémies	Traitement curatif médical par collyres bêtabloquants + analogues des prostaglandines Sympathomimétiques et parasympathomimétiques contre-indiqués chez les sujets âgés, du fait de leurs effets cardiovasculaires
Rétinopathie diabétique	Prolifératives ou non	Mauvais équilibre diabétique	Parfait équilibre diabétique Laser si prolifératives
Syndrome sec	Conjonctivite chronique		Larmes artificielles
Hypoacousie	Surdité de perception bilatérale, symétrique, d'évolution lente Audiométrie indispensable au diagnostic Risque d'isolement social et de dépression si non traitée	Facteurs aggravants : – génétiques – exposition aux bruits intenses – hypertension artérielle – dyslipidémies, hypothyroïdie – diabète – médicaments ototoxiques	Pas de traitement curatif Uniquement appareillage

Copyrighted material

Copyrighted material

ITEM 61

Troubles nutritionnels chez le sujet âgé

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Diagnostiquer un trouble nutritionnel du sujet âgé.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution.

LIENS TRANSVERSAUX

ITEM 50 Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.

ITEM 54 Vieillissement normal : aspect biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.

ITEM 59 La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.

ITEM 110 Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition.

ITEM 171 Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses.

ITEM 181 Iatrogénie. Diagnostic et prévention.

ITEM 295 Amaigrissement.

ITEM 308 Dysphagie.

CONSENSUS

- Recommandations PNNS (Plan national Nutrition et Santé), 2001.
- Stratégie de prise en charge en matière de dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé – HAS, avril 2007.

POUR COMPRENDRE...

- La dénutrition est un état de déficit en énergie, macronutriments (glucides, lipides, protides), et/ou micronutriments (minéraux, oligoéléments, vitamines).
- La dénutrition est toujours la conséquence d'une insuffisance d'apport en nutriments par rapport aux besoins.

Copyrighted material

■ Il existe 3 types de dénutrition : par carence d'apport (ou exogène), par hypercatabolisme (ou endogène), et mixte.

■ La dénutrition la plus fréquente chez le sujet âgé est la dénutrition protéino-énergétique, aussi appelée malnutrition protéino-énergétique (MPE).

■ La MPE est un trouble fréquent et grave. Elle touche 4 à 10 % des sujets de plus de 65 ans au domicile, 40 à 80 % des sujets de plus de 65 ans hospitalisés, et 30 à 40 % des résidents de maisons de retraite.

I. PHYSIOPATHOLOGIE

A. Vieillissement physiologique ➤ ITEM 54

■ Modifications physiologiques des métabolismes protidiques et glucidiques, moins efficaces.

■ Mauvaises habitudes alimentaires, perte de l'aptitude à modifier sa consommation alimentaire en cas de besoin.

■ Altération de la denture, mauvais état gingival, mycoses oropharyngiennes.

■ Altération des qualités gustatives et olfactives, perte de la sensation de soif.

■ Modification du tube digestif : diminution des sécrétions gastriques (gastrite atrophique sénile), diminution de la motricité intestinale.

■ Diminution des réserves avec perte de la masse musculaire striée **(sarcopénie)** : diminution de 40 % entre 20 et 80 ans ➤ ITEM 59.

B. Décompensation aiguë d'une maladie chronique

■ La consommation énergétique prolongée sans augmentation des apports amène l'organisme à puiser dans ses réserves protéiques et à majorer la fonte musculaire.

■ Les sujets âgés ont beaucoup de difficultés à récupérer leur statut nutritionnel antérieur (durée de convalescence prolongée) : c'est la résistance à la renutrition ➤ ITEM 59.

II. FACTEURS DE RISQUE

■ **Sociaux et environnementaux :**

– précarité ;

– isolement.

■ **Médicaux :**

– maladies aiguës ou chroniques avec hypercatabolisme ;

– syndromes inflammatoires systémiques (Horton, polyarthrite rhumatoïde) ;

– plaies et escarres ;

– dépression ;

– cancers solides et hémopathies malignes ;

Copyrighted material

– médicaments modifiant le goût des aliments ou anorexigènes *(tableau 295-I, p. 124)* ;

– mauvais état dentaire ;

– perte d'autonomie (nécessité d'aide pour l'élaboration et la prise des repas) ; 0

– troubles cognitifs : la maladie d'Alzheimer est un facteur de risque majeur de dénutrition. 0

CONSENSUS

Apports nutritionnels conseillés pour le sujet âgé
Recommandations PNNS, 2001

Ce qu'il faut absolument retenir ITEM 110 :
- calories : > 30 kcal/kg/j ;
- protides : 1 g/kg/j ;
- lipides : 30 à 35 % AET ;
- glucides : 50 à 55 % AET ;
- fibres : > 20 g/j ;
- calcium (à associer à la vitamine D) : 1 200 mg/j ;
- sel : 4 g/j ;
- eau : 2 à 2,5 L, dont 1 L de boisson.

III. DIAGNOSTIC DES TROUBLES NUTRITIONNELS

A. Clinique

- Anamnèse : rechercher la notion de perte de poids (combien ? en combien de temps ?) ITEM 295.
- Signes cliniques de malnutrition protéino-énergétique non spécifiques :
 – altération de l'état général ;
 – asthénie ;
 – peau sèche et desquamante ;
 – cheveux secs et cassants ;
 – infections à répétition ;
 – fractures ostéoporotiques.

- Pesée :
 – permet la surveillance ;
 – une perte de poids > 4 % par an est corrélée à une augmentation de la morbi-mortalité chez les sujets âgés.

- Indice de masse corporelle (IMC) de Quetelet : poids/taille^2, en kg/m^2. Les valeurs de la normale sont plus élevées que chez le sujet jeune (N > 21 kg/m^2).

Copyrighted material

■ Taille : évaluée chez la personne non valide par la mesure de la distance talon-genou à l'aide d'une toise.

■ Mesures anthropométriques :

– d'un intérêt relatif en gérontologie ;

– circonférence brachiale (normale > 22 cm) : reflet de la masse maigre ;

– circonférence du mollet (normale > 31 cm) : reflet de la masse maigre ;

– pli cutané tricipital (normale > 12 mm) : reflet de la masse grasse.

B. Biologie

■ Albumine :

– N > 35 g/L ;

– demi-vie assez longue (3 semaines) ;

– marqueur d'état de la dénutrition biologique ;

– seule donnée biologique indispensable.

■ Transthyrétine (ou préalbumine) :

– N > 0,20 g/L ;

– marqueur plus dynamique (demi-vie de 48 h) ;

– témoigne d'une altération récente de l'état nutritionnel.

■ *C Reactive Protein* (CRP) :

– N < 10 mg/L ;

– protéine de l'inflammation.

■ Orosomucoïde :

– N < 1,2 g/L ;

– protéine de l'inflammation.

■ Index pronostique inflammatoire et nutritionnel (PINI) :

– PINI = [CRP (mg/L) × orosomucoïde (mg/L)]/[préalbumine (mg/L) × albumine (g/L)] ;

– ≤ 1 = normal ;

– ≥ 10 = risque vital engagé du fait de la dénutrition ;

– plus le résultat est élevé et plus le risque vital est important, lié à la composante de dénutrition endogène prédominante ;

– le PINI n'est pas un outil diagnostique mais pronostique.

C. Évaluation de la prise alimentaire

■ Elle peut être faite par une diététicienne, un tiers ou le sujet lui-même.

■ Elle consiste à remplir un questionnaire semi-quantitatif de l'ensemble des aliments ingérés pendant 72 heures. Une diététicienne convertira alors en pourcentage de la ration alimentaire idéale.

D. Grille d'évaluation nutritionnelle : *Mini Nutritional Assessment* (MNA)

■ Échelle anthropoclinique dynamique de dépistage *(voir annexe, p. 131)*.

Copyrighted material

- Parfaitement validée en gériatrie.
- Permet de classer les patients en trois catégories :
 - score < 17 : patient dénutri ;
 - score > 23,5 : état nutritionnel normal ;
 - score compris entre 17 et 23,5 : patient à risque de dénutrition.

CONSENSUS

Critères de dénutrition chez le sujet âgé [0]
HAS, 2007

(Un critère suffit.)
- Dénutrition :
 - perte de poids ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois ;
 - indice de masse corporelle < 21 ;
 - albuminémie < 35 g/L ;
 - score MNA global < 17.
- Dénutrition sévère :
 - perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ;
 - indice de masse corporelle < 18 ;
 - albuminémie < 30 g/L.

E. Type de dénutrition

Il est capital de caractériser le type de dénutrition (exogène, endogène, mixte), car il conditionne la stratégie thérapeutique *(tableau 61-1)*.

Tableau 61-1. Type de dénutrition.

Paramètres	Malnutrition exogène	Malnutrition endogène aiguë	Malnutrition endogène chronique	Malnutrition mixte
Poids	⇓	⇔	⇓	⇓
Indice de masse corporelle	⇓	⇔	⇓	⇓
Albuminémie	⇔ ou ⇓	⇔ ou ⇓	⇓	⇓ ou ⇓⇓
Préalbuminémie	⇔ ou ⇓	⇓	⇓	⇓⇓
CRP	⇔	⇑⇑	⇑	⇑

IV. PRISE EN CHARGE D'UNE MALNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE DU SUJET ÂGÉ

Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace. [0]

A. Objectifs de la prise en charge nutritionnelle

- Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j.
- Apports protéiques de 1,2 à 1,5 g/kg/j.

Copyrighted material

B. Choix des modalités de prise en charge

■ L'alimentation par voie orale est toujours recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication. [0]

■ Les contre-indications sont notamment les troubles de la conscience, les troubles de la déglutition, en particulier neurologiques (post-AVC, par exemple).

■ Voie orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie (le but est de gagner des calories sans augmenter le volume des apports) et compléments nutritionnels oraux (CNO) hypercaloriques et hyperprotéiques.

■ La nutrition entérale (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale.

CONSENSUS

La nutrition entérale (NE)
HAS, 2007

■ **Indications de la NE :** échec de la prise en charge nutritionnelle orale (voir *infra*).
■ **Type de voie d'abord :** la sonde nasogastrique ne doit être considérée que comme une solution momentanée. Si la durée de la nutrition entérale est supérieure à 10 jours, il faut convertir le dispositif en gastrostomie, installée perendoscopie, ou d'emblée si l'on sait déjà que cette durée va excéder 10 jours.
■ **Mise en route de la NE :** en hospitalisation pour mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage en fonction de ses capacités cognitives.
■ **Poursuite de la NE à domicile :** après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD, si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la nutrition entérale. Ce type de prise en charge est possible en EHPAD par l'intervention des mêmes prestataires extérieurs.
■ **Prescription de la NE :** prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable.
■ **Surveillance de la NE :** par le service prescripteur et le médecin traitant, en se fondant sur : le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la nutrition entérale et l'évaluation des apports alimentaires oraux spontanés.
■ **Durée de la NE :** la durée d'une intervention nutritionnelle dans le cadre d'une pathologie aiguë doit se prolonger pendant la période de convalescence. Celle-ci est plus longue chez le sujet âgé : elle est au moins de 3 fois la durée de l'épisode aigu [0]. Cette durée ne se fait cependant pas obligatoirement sous un régime de nutrition entérale.

■ La nutrition parentérale (par cathéter central) est réservée aux trois situations suivantes, et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :

– les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;

Copyrighted material

– les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;

– l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

■ Toute stratégie de renutrition protéino-énergétique doit tenir compte également des carences en micronutriments éventuelles ou supposées en vitamines (notamment anti-oxydantes C, E, en vitamine D, et en vitamines du groupe B) et oligoéléments (zinc, fer, sélénium).

C. Choix de stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

CONSENSUS

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée HAS, 2007

		Statut nutritionnel		
		Normal	**Dénutrition**	**Dénutrition sévère**
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation* à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation* à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 semaine et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation* à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation* à 1 semaine

* La réévaluation comporte :
– le poids et le statut nutritionnel ;
– la tolérance et l'observance du traitement ;
– l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) ;

Copyrighted material

V. CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE

Il s'agit d'une cause majeure de fragilité gérontologique (la fragilité étant définie comme la difficulté à répondre à un stress quel qu'il soit, pathologique, psychologique ou environnemental). Ces conséquences sont nombreuses et peuvent conduire au décès :

- altération de l'état général avec asthénie, amaigrissement et anorexie ;
- aggravation de la sarcopénie physiologique (diminution de la quantité et de la qualité du muscle strié avec le vieillissement) ;
- déficience immunitaire touchant l'immunité à médiation cellulaire, humorale, et l'immunité non spécifique, avec une augmentation du risque infectieux opportuniste ;
- apparition d'escarres de décubitus ➤ ITEM 50 ;
- chutes, perte d'autonomie à la marche et état grabataire ;
- augmentation de la morbi-mortalité per et postopératoire ;
- aggravation du risque iatrogène par augmentation de la fraction libre des molécules médicamenteuses actives du fait de l'hypoalbuminémie, notamment concernant les antimitotiques (produites de chimiothérapie) ➤ ITEM 171.

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Troubles nutritionnels chez le sujet âgé

- La malnutrition protéino-énergétique est **le** trouble nutritionnel du sujet âgé.
- Elle est fréquente (4 à 10 % des plus de 65 ans) et grave (mortalité × 4).
- La maladie d'Alzheimer est un facteur de risque majeur de malnutrition protéino-énergétique [0], comme la perte d'autonomie [0].
- La perte de poids est une notion fondamentale à rechercher [0].
- Les troubles nutritionnels aggravent la sarcopénie physiologique liée au vieillissement.
- Les apports nutritionnels conseillés chez le sujet âgé comportent au moins 30 kcal/kg/j, avec au moins 1 g/kg/j de protéines.
- Le diagnostic est clinique et biologique : il repose sur la perte de poids, l'indice de masse corporelle, l'albuminémie et le score MNA *(voir annexe, p. 131)*. Les critères de dénutrition chez le sujet âgé sont les suivants [0] :
 - dénutrition :
 - perte de poids ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois ;
 - IMC < 21 ;
 - albuminémie < 35 g/L ;
 - score MNA global < 17 ;
 - dénutrition sévère :
 - perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ;
 - IMC < 18 ;
 - albuminémie < 30 g/L.
- Il existe trois types de dénutrition : exogène par carence d'apport, endogène par hypercatabolisme, et mixte (exogène et endogène).
- La prise en charge d'une malnutrition protéino-énergétique doit être la plus précoce possible [0].
- Elle doit toujours privilégier les apports *per os*, associés éventuellement aux compléments nutritionnels oraux hypercaloriques et hyperprotéiques [0].
- La nutrition entérale doit être prescrite pour passer un cap aigu. Elle peut se réaliser initialement par sonde nasogastrique, mais doit être convertie en gastrostomie per endoscopie si l'alimentation entérale doit s'inscrire dans la durée.
- L'indication de nutrition parentérale demeure rarissime chez le sujet âgé.
- La durée d'une intervention nutritionnelle dans le cadre d'une pathologie aiguë doit se prolonger pendant la période de convalescence. Elle est au moins de 3 fois la durée de l'épisode aigu chez les sujets âgés [0].
- Toute stratégie de renutrition protéino-énergétique doit tenir compte également des carences en micronutriments.
- La pesée est l'acte essentiel de la surveillance d'un traitement de renutrition [0].
- Les conséquences de la malnutrition protéino-énergétique sont nombreuses et peuvent conduire au décès, en aggravant la fragilité de l'individu aux agressions exogènes ou endogènes [0].

Copyrighted material

ITEM 62

Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Diagnostiquer les troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé.
- Argumenter le caractère de gravité des chutes et décrire la prise en charge.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 50 Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.
- ITEM 53 Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la massokinésithérapie et l'orthophonie.
- ITEM 56 Ostéoporose.
- ITEM 57 Arthrose.
- ITEM 59 La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.
- ITEM 60 Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.
- ITEM 61 Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.
- ITEM 63 Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.
- ITEM 64 Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.
- ITEM 133 Accidents vasculaires cérébraux.
- ITEM 181 Iatrogénie. Diagnostic et prévention.
- ITEM 192 Déficit neurologique récent.
- ITEM 199 État confusionnel et trouble de conscience.
- ITEM 206 Hypoglycémie.
- ITEM 209 Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte.
- ITEM 216 Rétention aiguë d'urine.
- ITEM 219 Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydroélectrolytiques.
- ITEM 235 Épilepsie de l'enfant et de l'adulte.
- ITEM 250 Insuffisance cardiaque de l'adulte.
- ITEM 261 Maladie de Parkinson.
- ITEM 340 Troubles de la marche et de l'équilibre.
- ITEM 344 Vertige (avec le traitement).

Copyrighted material

Sujets tombés

Sujets tombés aux concours de l'Internat : 2002, 2003

• 2002 – Dossier 8, cession Sud : Malaise syncopal avec bradycardie et chute chez une femme de 85 ans.

1) Causes de syncopes.
2) Examens complémentaires à demander en urgence devant une syncope.
3) Rôle possible des traitements médicamenteux dans le malaise et la chute.

• 2003 – Dossier 7, cession Nord : Trouble de la marche et céphalées 15 jours après une chute chez une femme de 70 ans sous *Solupsan*.

1) Savoir interpréter un scanner montrant un hématome sous-dural subaigu.
2) Description sémiologique d'une atteinte hémisphérique et de l'hypertension intracrânienne.
3) Facteurs favorisant les hématomes sous-duraux.
4) Principes du traitement de l'hématome sous-dural.
5) Pronostic de l'hématome sous-dural.

CONSENSUS

• Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée : recommandations et fiche de synthèse – Recommandations pour la pratique clinique de la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG) – HAS, 1er novembre 2005 et 23 février 2006 – www.has-sante.fr.

POUR COMPRENDRE...

Troubles de la marche et de l'équilibre

- Liés à un dysfonctionnement des automatismes de marche.
- Occasionnent parfois des chutes.
- Toujours liés à une pathologie.

Chutes

- Problème en raison de leur fréquence et de la morbidité qu'elles entraînent.
- Abord du patient dans sa globalité et son environnement.
- Toujours une urgence à ne pas banaliser.
- Gravité liée aux conséquences et au risque de récidive, à évaluer systématiquement.

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

- Les chutes surviennent une fois sur deux au domicile.
- Elles sont responsables de 30 % des hospitalisations après 65 ans.
- Elles concernent dans 71 % des cas des personnes âgées en bonne santé.
- Elles se compliquent d'un traumatisme osseux dans 15 % des cas.
- Elles sont directement responsables de 10 000 décès annuels en France.

II. PHYSIOPATHOLOGIE

- La marche fait intervenir l'équilibration, le système antigravitaire et la production du pas.

Copyrighted material

- Une altération de l'un de ces systèmes occasionne un risque de chute.
- Lors du vieillissement physiologique, le pas se raccourcit, sa vitesse diminue, l'oreille interne est moins performante, la fonte musculaire physiologique (sarcopénie) et l'arthrose rendent le système antigravitaire moins performant. Le risque de chute augmente.

III. ÉTIOLOGIE

- La chute du sujet âgé est la plupart du temps multifactorielle.
- Les facteurs favorisants sont à rechercher de façon systématique.

A. Facteurs favorisants intrinsèques

- Âge supérieur à 80 ans.
- Mobilité réduite.
- Antécédents de chutes.
- Baisse de l'acuité visuelle ou auditive ITEM 60.
- Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence ITEMS 63, 261.
- Troubles locomoteurs et neuromusculaires : diminution de la force aux membres inférieurs, préhension manuelle réduite, troubles de la marche, trouble de l'équilibre statique et dynamique ITEM 57.
- Causes de malaises et de perte de connaissance ITEM 209.
- Affections pouvant provoquer une baisse brutale de la perfusion cérébrale (bas débit).
- Causes de syndrome confusionnel ITEMS 63, 199.

B. Facteurs favorisants extrinsèques

- Responsables de 20 à 50 % des chutes.
- Nécessité d'un instrument d'aide : canne, déambulateur.
- Sols glissants, tapis.
- Chaise/fauteuil trop bas ou trop haut.
- Éclairage insuffisant.
- Animal domestique.
- Vêtements ou chaussures non adaptés.
- Changement d'environnement (hospitalisation).
- Comportementaux : alcool, sédentarité, malnutrition, prise d'hypnotiques.

C. Principales étiologies

- Iatrogénie* et, en particulier ITEM 181 :
 - médicaments sédatifs (hypnotiques, benzodiazépines, carbamates) ;
 - médicaments occasionnant des syndromes extrapyramidaux (neuroleptiques) ;

* Concours Internat 2002

Copyrighted material

– hypotension orthostatique secondaire à la prise d'hypotenseurs ou d'antiparkinsoniens (attention aux médicaments cachés, par exemple, gouttes oculaires de bêtabloquants) ;

– médicaments occasionnant des troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (antiarythmiques, neuroleptiques).

- Troubles chroniques de la marche et de l'équilibre ITEM 340 :

– séquelles d'AVC : syndrome pyramidal avec déficit sensitivomoteur ITEM 133 ;

– syndrome extrapyramidal : marche à petits pas avec perte du ballant des bras ITEM 261 ;

– syndrome postchute : rétropulsion et refus de la marche après une chute ITEM 59 ;

– hydrocéphalie à pression normale : élargissement du polygone de sustentation, rétropulsion, impériosités mictionnelles ;

– canal rachidien étroit : signe de compression médullaire ou de la queue de cheval ;

– maladie d'Alzheimer : apraxie de la marche ITEM 63 ;

– artérite des membres inférieurs : baisse du périmètre de marche, signes d'artérite ITEM 131 ;

– fonte musculaire (sarcopénie) avec diminution de la force au niveau des genoux, hanches, chevilles et de la force de préhension manuelle.

- Causes mécaniques :

– obstacles ;

– troubles mécaniques : coxarthrose, gonarthrose, amyotrophie liée à une dénutrition ITEMS 57, 61 ;

– troubles visuels ou visuospatiaux ITEM 60 ;

– trouble neurologique aigu : AVC ITEMS 133, 192 ;

– troubles de l'attention ; démence, dépression ITEM 63.

- Causes cardiovasculaires et causes de malaises* ITEM 209 :

Concours Internat 2002

– troubles du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire, anomalies tensionnelles ;

– insuffisance cardiaque ITEM 250 ;

– épilepsie, vertiges labyrinthiques ITEMS 235, 344.

- Troubles métaboliques ITEM 219 :

– hypoglycémie ITEM 206 ;

– déshydratation ;

– dyskaliémie ;

– hyponatrémie ;

– dyscalcémie ;

– anémie.

Copyrighted material

- Autres :
 - syncope vagale ;
 - globe urinaire ITEM 216 ;
 - fécalome ;
 - troubles de la marche d'origine psychogène ;
 - contentions : augmentent le risque de chutes et leur gravité.

IV. CLINIQUE

A. Interrogatoire

- Souvent peu contributif mais doit être répété.
- Recherche de l'anamnèse de l'épisode auprès du patient et des témoins.
- Cherche à chiffrer le nombre de chutes antérieures.
- Liste toutes les ordonnances et la chronologie par rapport aux prises médicamenteuses. Évalue l'observance. [0] [0]

B. Examen clinique

- Il doit s'efforcer de retrouver une ou des causes de la chute.
- Il est systématique et complet.
- Il explore les mobilités articulaires passives et actives des membres et du rachis.
- Il recherche des déformations, des anomalies neurologiques, en particulier au niveau de la proprioception.
- Il comprend un dépistage systématique de troubles cognitifs, au moins par le *Mini Mental State Examination* *(voir annexe, p. 133)*. [0]
- Il recherche une hypotension orthostatique de façon répétée, à différents moments de la journée. [0]
- Il analyse la marche et l'équilibre. [0]

C. Examens complémentaires*

- Leur choix dépend du contexte clinique.

* Concours Internat 2002

- Le bilan minimal comprend :
 - ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie capillaire, calcémie ;
 - électrocardiogramme ;
 - numération-formule sanguine ;
 - clichés radiologiques des zones douloureuses.

- En cas de trouble cardiorespiratoire : radio pulmonaire, enzymes cardiaques (CPK, troponine).
- En cas de trouble neurologique : scanner cérébral, écho-Doppler des troncs supra-aortiques.

Copyrighted material

V. CONSÉQUENCES DES CHUTES

A. Traumatismes

- Fractures :
 - compliquent 8 % des chutes ;
 - d'autant plus que l'ostéoporose est importante ;
 - 1/3 concernent l'extrémité supérieure du fémur.
- Hématomes profonds (hématome extra et surtout sous-dural) ou superficiels, en particulier si le patient est sous anticoagulants ou antiagrégants ou s'il est alcoolique.
- Lésions cutanées à suturer.

B. Complications du temps de rescousse ➤ ITEM 50

Elles sont liées à une station au sol prolongée :

- rhabdomyolyse : destruction musculaire avec augmentation des CPK et risque majeur d'insuffisance rénale ;
- déshydratation, insuffisance rénale ;
- hypo ou hypernatrémie ;
- escarres ;
- bronchopneumopathie, voire pneumopathie d'inhalation ;
- syndrome confusionnel ;
- impossibilité de prise d'un traitement vital.

C. Syndrome postchute ➤ ITEM 59

- Concerne plus de 30 % des patients âgés qui chutent.
- Survient immédiatement après la chute ou à distance.
- Sidération des automatismes de marche, avec difficulté à se tenir debout, rétropulsion, impossibilité du sujet à se projeter en avant pour démarrer la marche.
- Composante psychologique importante : anxiété majeure, dévalorisation et syndrome dépressif si persistance des troubles.
- Risque majeur : perte totale de la marche.

D. Autres conséquences

- Restriction progressive de l'espace vital et de l'activité.
- Perte d'autonomie et entrée en institution.

VI. ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTES

A. Facteurs de risque prédictifs de nouvelle chute

- Facteurs favorisants intrinsèques et extrinsèques (voir *supra*).
- Survenue d'une complication traumatique immédiate au décours d'une chute.
- Incapacité de la personne à se relever seule.

Copyrighted material

■ Nombre de chutes antérieures : plus il est important, plus le nombre de nouvelles chutes est élevé. [0]

■ Sexe féminin.

■ Insuffisance d'activité physique.

■ Polymédication. [0]

■ Vivre seul.

■ Vivre en institution.

B. Tests cliniques [0]

■ Ils ont été développés afin d'identifier les sujets à haut risque de chute.

■ Ils doivent être faits systématiquement lors de l'examen clinique d'un chuteur :

– station unipodale : rester en appui sur un pied plus de 5 secondes (n'importe lequel) ;

– *Timed get up and go test* : le patient assis sur un fauteuil doit se lever, marcher 3 mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir. Le risque de chute est important si le test dure plus de 20 secondes ;

– poussée sternale : risque de chute en cas de déséquilibre ;

– *Stop walking when talking test* : si lorsqu'on parle à un patient en train de marcher il doit s'arrêter, il existe un trouble important de l'attention ;

– test de Tinetti : évaluation de l'équilibre et de la marche en 10 items chacun. Le risque de chutes est évalué en fonction du score.

VII. TRAITEMENT

A. Curatif

■ Hospitalisation si cause non évidente et/ou si chute compliquée (troubles de la vigilance, fractures).

■ Réduction des fractures.

■ Réhydratation par voie veineuse si station au sol prolongée.

■ Suture des plaies avec vérification du statut vaccinal contre le tétanos.

■ Suspension des anticoagulants efficaces ou des antiagrégants et parfois chirurgie en cas d'hématome sous ou extra-dural. Programmation le cas échéant de leur date de reprise si leur indication est maintenue.

■ Ponction lombaire évacuatrice si doute sur une hydrocéphalie à pression normale.

■ Mise en place d'un traitement par L-dopa si syndrome extrapyramidal ITEM 261.

■ Kinésithérapie la plus précoce possible : pour éviter ou traiter le syndrome postchute ITEM 53.

Copyrighted material

■ Traitement des complications du décubitus prolongé : réhydratation, prise en charge des escarres, d'une infection pulmonaire ➤ ITEM 50.

B. Préventif ➤ ITEM 53

■ Temps essentiel de la prise en charge *(fig. 62-1)*.

■ « Qui a chuté, chutera » : prévenir la récidive en trouvant la cause et en la traitant si possible.

■ Maintenir la meilleure hygiène de vie possible, avec une alimentation adaptée et une activité physique et intellectuelle régulière.

■ L'isolement des personnes vivant seules doit être rompu.

O ■ Les médicaments inutiles doivent être supprimés ➤ ITEM 181.

Concours Internat 2002*

■ Les médicaments aggravants doivent être arrêtés momentanément ou progressivement*.

■ Réévaluation régulière de l'autonomie des personnes âgées à risque avec ADL, IADL, MMSE, statut nutritionnel ➤ ITEM 64.

■ Prise en charge des polypathologies et des pathologies spécifiques comme la maladie d'Alzheimer ➤ ITEM 63.

■ En cas de dénutrition, prescription d'un régime hypercalorique, hyperprotidique ➤ ITEM 61.

■ Mesures préventives et/ou curatives de l'ostéoporose, dont la supplémentation en vitamine D, surtout chez les personnes confinées à domicile ou en institution ➤ ITEM 56.

■ Les troubles de la marche doivent être rééduqués ➤ ITEM 52.

■ Les troubles sensoriels doivent être dépistés et corrigés par un appareillage adapté ➤ ITEM 60.

■ Soins particuliers des pieds : pédicurie, adaptation des chaussures et chaussons.

■ Limitation des risques liés à l'environnement (supprimer ou fixer les tapis, veilleuses nocturnes, mains courantes dans les couloirs et les sanitaires), au mieux après une visite à domicile.

■ Mise en place d'aides techniques (téléalarme) ou humaines (aide à domicile) si nécessaire ➤ ITEM 64.

O ■ Le lever précoce est la meilleure prévention du syndrome postchute.

Copyrighted material

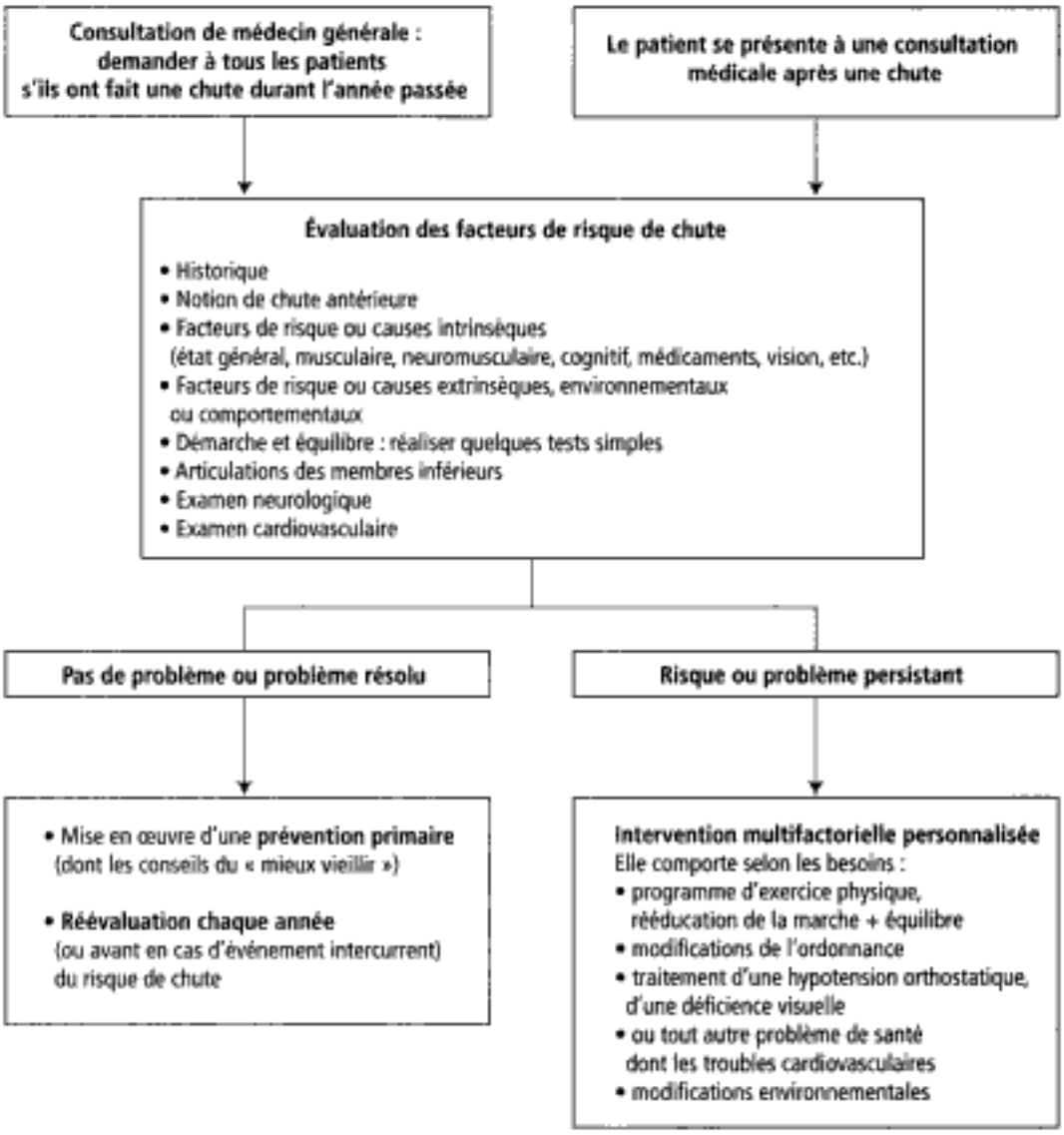


Figure 62-1. Arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée (d'après feuille de synthèse de l'HAS).

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé

La chute du sujet âgé est la plupart du temps multifactorielle.

Facteurs favorisants intrinsèques

- Âge > 80 ans.
- Antécédents de chutes.
- Pathologies spécifiques :
 - démences, maladie de Parkinson, dépression, incontinence ;
 - causes de malaises et de perte de connaissance, dont baisse brutale de la perfusion cérébrale (bas débit) ;
 - causes de syndrome confusionnel.
- Troubles locomoteurs et neuromusculaires.
- Réduction de l'acuité visuelle.
- Polymédication.

Facteurs favorisants extrinsèques

- Sols glissants, tapis.
- Éclairage insuffisant.
- Vêtements ou chaussures non adaptés.
- Changement d'environnement (hospitalisation).
- Prise d'alcool, d'hypnotiques.
- Dénutrition, sédentarité.

Principales étiologies

- Iatrogénie 0 :
 - médicaments sédatifs ;
 - médicaments responsables de :
 - syndromes extrapyramidaux ;
 - hypotension orthostatique ;
 - troubles du rythme ou de la conduction cardiaque.
- Troubles chroniques de la marche et de l'équilibre.
- Causes mécaniques :
 - obstacles ;
 - troubles mécaniques, trouble neurologique aigu ;
 - troubles visuels ou visuospatiaux ;
 - troubles de l'attention : démence, dépression 0.
- Causes cardiovasculaires et causes de malaises.
- Troubles métaboliques.
- Autres :
 - syncope vagale ;
 - globe urinaire ;
 - fécalome.

Clinique

- Nombre de chutes antérieures.
- Liste de toutes les ordonnances 0.

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

- Chronologie par rapport aux prises médicamenteuses 0. Observance.
- Dépistage systématique de troubles cognitifs, au moins par le *Mini Mental State Examination* *(voir annexe, p. 133)* 0.
- Recherche d'une hypotension orthostatique de façon répétée 0.
- Analyse de la marche et de l'équilibre 0.
- Bilan minimal : ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie capillaire, calcémie, NFS, ECG, clichés radiologiques des zones douloureuses.

Conséquences des chutes

- Traumatismes : fractures, hématomes profonds.
- Complications du temps de rescousse :
 - rhabdomyolyse 0, déshydratation, insuffisance rénale ;
 - escarres ;
 - bronchopneumopathie ;
 - syndrome confusionnel.
- Syndrome postchute 0.

Évaluation du risque de chutes

- Facteurs de risque prédictifs de chute :
 - facteurs favorisants intrinsèques et extrinsèques 0 ;
 - complication traumatique immédiate ;
 - incapacité de la personne à se relever seule ;
 - nombre de chutes antérieures élevé 0 ;
 - sexe féminin ;
 - insuffisance d'activité physique ;
 - polymédication 0 ;
 - vivre seul ;
 - vivre en institution.
- Tests cliniques 0 :
 - station unipodale ;
 - *Timed get up and go test* ;
 - poussée sternale ;
 - *Stop walking when talking test* ;
 - test de Tinetti.

Traitement

- Curatif :
 - hospitalisation ;
 - kinésithérapie la plus précoce possible.
- Préventif :
 - maintenir la meilleure hygiène de vie possible ;
 - rompre l'isolement ;
 - suppression des médicaments inutiles 0 ;
 - traiter les maladies spécifiques ;
 - prise en charge de l'ostéoporose ;
 - corriger les troubles de la marche et les troubles sensoriels ;
 - adapter l'environnement ;
 - lever précoce : meilleure prévention du syndrome postchute 0.

Copyrighted material

ITEM 63

Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 43 Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.
- ITEM 52 Le handicap mental. Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.
- ITEM 59 La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.
- ITEM 60 Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.
- ITEM 61 Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.
- ITEM 62 Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé.
- ITEM 64 Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.
- ITEM 129 Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.
- ITEM 130 Hypertension artérielle de l'adulte.
- ITEM 133 Accidents vasculaires cérébraux.
- ITEM 135 Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire.
- ITEM 181 Iatrogénie. Diagnostic et prévention.
- ITEM 184 Agitation et délire aigu.
- ITEM 199 État confusionnel et trouble de conscience.
- ITEM 206 Hypoglycémie.
- ITEM 216 Rétention aiguë d'urine.
- ITEM 219 Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydroélectrolytiques.
- ITEM 246 Hyperthyroïdie.
- ITEM 248 Hypothyroïdie.
- ITEM 250 Insuffisance cardiaque de l'adulte.
- ITEM 261 Maladie de Parkinson.
- ITEM 285 Troubles de l'humeur. Troubles bipolaires.
- ITEM 286 Trouble de la personnalité.
- ITEM 295 Amaigrissement.
- ITEM 319 Hypercalcémie (avec le traitement).

Copyrighted material

Sujets tombés

Sujets tombés au concours de l'Internat : 1999

• Dossier 6, cession Sud : Confusion chez une femme de 78 ans présentant des troubles cognitifs et un syndrome fébrile.

1) Facteurs favorisant la confusion.
2) Conduite à tenir devant un syndrome confusionnel.
3) Exploration d'un syndrome démentiel.
4) Diagnostic d'une maladie d'Alzheimer.

CONSENSUS

• Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère – Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), 2005 – Revue de gériatrie 2005 ; 30 (9) : 627-40 – www.sfgg.fr/fileadmin/documents/demences_severes/Consensus_d_mence.pdf.

POUR COMPRENDRE...

Syndrome confusionnel

- Association de troubles cognitifs et de troubles de la vigilance dans un contexte de souffrance cérébrale aiguë.
- Recherche de la cause primordiale car le syndrome confusionnel est réversible.
- Peut être à l'origine d'une augmentation importante de la morbidité et de la mortalité chez le sujet âgé.

Dépression chez le sujet âgé

- Pas une seule mais plusieurs dépressions du sujet âgé : forme classique, formes masquées (hostilité, régression, démence).
- Pathologies fréquentes mais souvent méconnues.
- Risque de complications sévères voire de décès en cas d'absence de prise en charge.
- Risque de suicide non négligeable.
- Traitement médicamenteux et psychothérapeutique.
- Suivi indispensable : observance, effets secondaires, risque suicidaire.

Démences chez le sujet âgé

- Longtemps considérées comme un phénomène normal lié à l'avancée en âge.
- Concernent près de 5 % des plus de 65 ans et 20 % des plus de 80 ans.
- Leur prévalence augmente avec l'âge.
- Plus l'âge est élevé, plus le diagnostic est fait à un stade avancé.
- Plus de 50 % des patients vivant en institution souffrent d'une pathologie démentielle.
- Diagnostic difficile, pas de traitement curatif.

Copyrighted material

I. SYNDROME CONFUSIONNEL ITEM 199

A. Épidémiologie

- 10 à 15 % des patients âgés admis à l'hôpital.
- Jusqu'à 65 % des patients en postopératoire.
- 45 % des confus présentent des fonctions cognitives préalablement altérées. Une démence est retrouvée dans 25 à 50 % des cas.
- 2 confus sur 3 ont plus de 80 ans.

B. Physiopathologie

- La physiopathologie du syndrome confusionnel est peu connue.
- Certains facteurs favorisants ont été isolés* :
 - troubles cognitifs antérieurs ;
 - polymédication ITEM 59 ;
 - utilisation d'une contention physique ;
 - déshydratation ITEM 219 ;
 - fièvre ;
 - existence d'une pathologie sévère ;
 - port d'une sonde urinaire ;
 - existence de troubles sensoriels ITEM 60 ;
 - antécédents de pathologie iatrogénique ;
 - âge supérieur à 80 ans ;
 - hypoalbuminémie inférieure à 30 g/L ITEM 61 ;
 - entrée en institution ITEM 64.

* Concours Internat 1999

C. Clinique

1. Définition

Selon le DSM-IV, il s'agit :

- d'un trouble de la conscience avec réduction des capacités à fixer, soutenir ou déplacer l'attention ;
- survenant en peu de temps, fluctuant au cours de la journée et évoluant sur une courte durée.

2. Critères permettant d'établir le diagnostic de confusion selon le DSM-IV

- **A.** Début aigu.
- **B.** Évolution fluctuante.
- **C.** Troubles de l'attention.
- **D.** Niveau de conscience altéré.
- **E.** Désorganisation de la pensée.

Copyrighted material

- **F.** Au moins 2 des signes suivants :
 - altération de la vigilance ;
 - troubles de la perception ;
 - perturbations du cycle veille-sommeil ;
 - activité psychomotrice augmentée ou diminuée ;
 - désorientation temporospatiale ;
 - troubles de la mémoire.
- **G.** Enquête étiologique positive ou absence de signe de démence chronique.

3. Formes cliniques

Trois formes cliniques sont décrites :

- la forme hypoactive (25 % des cas) : inhibition, léthargie, sédation ;
- la forme hyperactive (25 % des cas) : agitation, excitation, hallucinations, délire, hypervigilance ;
- la forme mixte (50 % des cas) : association des deux précédentes.

D. Diagnostic différentiel

Il s'agit des démences et des dépressions (voir *infra*).

E. Examens complémentaires*

Concours Internat 1999

Au minimum, il faut réaliser :

- ionogramme sanguin, créatininémie, calcémie et glycémie ;
- électrocardiogramme ;
- scanner cérébral *(fig. 63-1)* ;
- bilan infectieux le cas échéant : NFS, CRP, hémocultures, ECBU.



Figure 63-1. Accident vasculaire ischémique sylvien gauche complet.
Source : *Accidents ischémiques cérébraux*, par V. Larrue. EMC – Angéiologie, 19-0560 – 2007.

Copyrighted material

F. Étiologies

Toute modification de santé d'un sujet âgé peut occasionner un syndrome confusionnel, d'autant plus qu'il existe des facteurs favorisants. Si la cause n'est pas évidente, il faut rechercher systématiquement :

- une douleur pas ou peu exprimée, une fracture, une ischémie mésentérique ; 0
- un fécalome, une rétention d'urine ITEM 216 ; 0
- une cause neurologique : AVC, hématome sous-dural à distance de la chute, état postcritique ITEMS 133, 235 ;
- un bas débit cérébral : insuffisance cardiaque, hypotension artérielle, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire ITEMS 138, 250 ;
- un trouble métabolique : hypoxie, hypercapnie, fièvre, anémie, hypoglycémie, dysnatrémie, dyscalcémie, dysthroïdie, déshydratation ITEMS 206, 219 ;
- une cause médicamenteuse, par effet indésirable ou par sevrage : opiacés, benzodiazépines, anticholinergiques, corticoïdes, antiparkinsoniens, anesthésiques ;
- une infection à bas bruit : 25 % des infections sont apyrétiques chez le sujet âgé ;
- une modification de l'environnement : deuil, maltraitance, entrée en institution, hospitalisation.

G. Prise en charge* ITEM 216



- Hospitalisation.
- Attitude apaisante et rassurante, au calme, sans contention.
- Traiter la ou les cause(s) avant tout, ce qui fera régresser le syndrome confusionnel.
- Sondage urinaire au moindre doute de rétention urinaire.
- Traitement antalgique et/ou antipyrétique si nécessaire.
- Suppression des traitements non adaptés.
- Traitement ponctuel des symptômes, prudent.
- Favoriser les anxiolytiques de courte demi-vie : oxazépam *(Séresta)*, 10 mg, ou alprazolam *(Xanax)*, 0,25 mg, 1 cp matin, midi et soir.
- Carbamates si démence ou agitation sous benzodiazépine : méprobamate *(Équanil)*, 250 mg, 1 cp matin, midi et soir.
- Antipsychotiques atypiques à petites doses uniquement en cas de délire : rispéridone, 0,5 à 1 mg/jour.
- En cas de suspicion de sevrage, réintroduction du médicament responsable.

H. Pronostic et surveillance

- Après traitement adapté, régression sans complications.

Copyrighted material

- Surveillance à moyen terme à prévoir, avec une consultation de suivi à un mois de distance de la guérison de l'épisode causal, afin de dépister une éventuelle démence.

II. DÉPRESSION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

A. Épidémiologie

1. Prévalence de la dépression

- 15 % de la population générale.
- 30 % des plus de 75 ans.
- 15 à 40 % en institution.
- Première cause de suicide chez les sujets âgés.

2. Facteurs de risque

- Sexe féminin.
- Niveau socioculturel bas.
- Deuil, isolement, solitude, problèmes de voisinage, problèmes financiers.
- Perte d'autonomie, survenue d'un handicap ➤ ITEM 64.
- Proche souffrant d'une pathologie chronique. Par exemple : aidant d'un patient Alzheimer.
- Antécédent personnel de dépression ou de pathologie psychiatrique ➤ ITEMS 285, 286.
- Maladie chronique : insuffisance cardiaque, maladie de Parkinson ➤ ITEMS 250, 261.
- Pathologie vasculaire : 50 % des accidents vasculaires cérébraux ➤ ITEMS 130, 133.
- Dysthyroïdie ➤ ITEMS 246, 248.
- Dénutrition.
- Déficit sensoriel ➤ ITEM 60.
- Certains traitements médicamenteux : L-dopa, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, antihypertenseurs centraux, neuroleptiques, benzodiazépines ➤ ITEM 181.

B. Clinique ➤ ITEMS 43, 295

1. Dépression primaire

a. Forme typique

- Douleur morale intense, présent insupportable.
- Idées noires avec risque de suicide.
- Perte de l'estime de soi, autodépréciation.
- Ralentissement psychomoteur avec anhédonie.
- Plaintes somatiques touchant le sommeil, l'appétit, sensation de fatigue intense.

Copyrighted material

b. Forme somatique (60 %)

- Vécu douloureux.
- Anorexie, amaigrissement, constipation, trouble du comportement alimentaire.
- Troubles du sommeil.
- Douleurs diffuses.
- Plaintes cardiaques ou respiratoires.

c. Forme hypocondriaque

- Multiples plaintes somatiques touchant différents organes, dont quasiment toujours l'intestin.
- Demandes d'investigations répétées, de traitements différents.
- Revendications parfois agressives.

d. Forme anxieuse

- Inquiétude permanente ou crises anxieuses répétées.
- Agitation fébrile ou inhibition importante.
- Dépendance excessive vis-à-vis de l'entourage.

e. Forme délirante (mélancolie)

- Délire interprétatif à type de préjudice, de persécution ou de jalousie.
- Tonalité triste du délire.
- Idées d'incurabilité, de ruine.
- Parfois hallucinations visuelles.
- Attitude revendicatrice, procédurière.
- À l'extrême, syndrome de Cotard : conviction délirante de négation d'organe.

f. Forme hostile

- Labilité de l'humeur.
- Troubles caractériels d'apparition récente.
- Irritabilité, susceptibilité, hostilité.
- Parfois alcoolisme compulsif associé.

g. Forme confusionnelle

- Désorientation, incohérence du discours.
- Angoisse majeure.
- Troubles de l'attention sans obnubilation.

h. Forme avec repli

- Régression psychomotrice aggravant la dépendance (autrefois appelé syndrome de glissement) : perte progressive de l'autonomie par retour à un stade antérieur du développement, risque de grabatisation majeure ITEMS 50, 59, 64.
- Anhédonie et apathie importante.
- Parfois refus de soins associé.
- Fréquente à l'entrée en institution.

Copyrighted material

i. Forme démentielle

- Désorientation.
- Troubles de la mémoire, de la concentration.
- Troubles du comportement.
- Syndromes dépressifs et syndromes démentiels associés dans 20-50 % des cas.

2. Dépressions secondaires ITEMS 109, 122, 223, 248, 250, 261

- Sur une pathologie organique grave, souvent chronique : diabète, néoplasie, insuffisance cardiaque, hypothyroïdie, syndrome d'apnée du sommeil, une dépression peut apparaître, peu sensible aux antidépresseurs.

0 - Une dépression vasculaire survenir chez les patients ayant présenté un AVC : immédiatement ou à distance. Elle peut aussi survenir chez les patients présentant des facteurs de risque vasculaires.

- Les patients atteints de maladie de Parkinson présentent fréquemment une dépression liée à leur pathologie neurologique.

3. Risque suicidaire

- Fréquent chez le sujet âgé.
- Risque de réussite élevé.
- Facteurs de risque : antécédents de tentative de suicide, importance du handicap, comorbidité associée, isolement affectif, absence de traitement.

C. Diagnostic

- Recherche systématique d'une pathologie sous-jacente ITEM 59.

0 - Évaluer le risque suicidaire.

- Examen clinique complet.
- Bilan biologique orienté : TSH, NFS, ionogramme sanguin, glycémie à jeun, calcémie, créatininémie, albumine, préalbumine.
- Scanner cérébral si troubles cognitifs.
- *Geriatric Depression Scale* (GDS) : évalue l'existence et la sévérité de l'état dépressif chez le sujet âgé *(voir annexes, p. 135 et 137)*.
- Recherche systématique d'un trouble cognitif associé, au moins par le *Mini Mental State Examination* (MMSE) *(voir annexe, p. 133)*.

D. Traitement

0 En hospitalisation si risque suicidaire.

1. Traitement médicamenteux

a. Antidépresseurs

- Effet des antidépresseurs : dans 50-60 % des cas.
- Molécules choisies en fonction de leurs effets secondaires :

Copyrighted material

2. Psychothérapie

Elle améliore la guérison et évite les récidives.

3. Sismothérapie

- En cas de mélancolie délirante, de résistance au traitement ou de risque suicidaire élevé.
- Parfois, contre-indication liée à l'anesthésie.

4. Évaluation sociale

ITEM 64

- Aides à domicile, si nécessaire : auxiliaire de vie pour les repas, la toilette et le traitement, aide-ménagère pour faire les courses et le ménage, infirmière, réseau gériatrique.
- Aides financières, pour financer les aides à domicile (APA).
- Rompre l'isolement par le soin.

III. DÉMENCES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

A. Définition

- Affection cérébrale acquise avec altération des fonctions intellectuelles et changement de comportement.
- Évolution lente et progressive.
- Répercussion sur la vie sociale.

- Critères DSM-IV :
 - déficits cognitifs multiples : altération de la mémoire ± aphasie, apraxie, agnosie ;
 - perturbation des fonctions exécutives ;
 - déclin des activités de la vie quotidienne, sociales ou professionnelles ;
 - Pas de confusion, pas de prise médicamenteuse pouvant expliquer les troubles.

B. Diagnostic

- Interrogatoire du patient, de l'entourage.
- Recherche d'antécédents vasculaires et d'autres cas dans la lignée.
- Recherche de perte de poids antérieure.
- Recherche de chutes ITEM 62.
- Examen clinique complet.
- Examens biologiques : NFS, ionogramme sanguin, calcémie, TSH, folates, vitamine B12, à la recherche d'une cause « curable » (TPHA-VDRL et sérologie VIH en fonction du terrain).

Copyrighted material

- Bilan nutritionnel : albumine, préalbumine, à la recherche de la répercussion de la démence (perte de poids précédant les troubles cognitifs quasi systématique) ➤ ITEM 61.
- Scanner cérébral sans injection à la recherche :
 - d'une atrophie cortico-sous-corticale pouvant prédominer dans un territoire ;
 - de lésions de la substance blanche (leucoaraïose) ;
 - de séquelles d'AVC ➤ ITEM 133.
- IRM cérébrale :
 - au mieux ;
 - avec mesure du volume de l'hippocampe (maladie d'Alzheimer) ;
 - avec recherche de leucoaraïose.
- Tests d'évaluation cognitive (voir *infra*).
- En absence de preuve histologique *in vivo*, le diagnostic étiologique est posé en termes de probabilité : diagnostic de maladie d'Alzheimer possible ou probable ou hautement probable en fonction du nombre de critères du DSM-IV présents.

C. Tests d'évaluation cognitive*



1. Tests de dépistage

a. *Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein* 0

- Explore l'orientation temporospatiale, la mémoire immédiate et différée, le calcul, la dénomination, la réalisation d'ordres complexes, la lecture, l'écriture et le visuospatial (dessin) *(voir annexe, p. 133)*.
- Anormal si score < 26/30.
- Non interprétable chez les analphabètes.
- Ne permet pas de poser un diagnostic. 0
- Peut être répété lors du suivi du patient.

b. *Test de l'horloge*

- Demander au patient de placer les chiffres et les aiguilles d'une horloge dans un rond, en lui indiquant l'heure qu'on souhaite.
- Nécessite une bonne vision et donc potentiellement le port de lunettes.
- Teste les capacités d'abstraction et le visuospatial.

c. *Tests des 5 mots (score sur 10)*

- Apprentissage de 5 mots, par exemple : musée, limonade, sauterelle, passoire, camion.
- Avec possibilité de montrer les mots et de les indicer, c'est-à-dire donner des indices au patient pour les retrouver (une boisson, un insecte…).
- Après l'apprentissage, rappel immédiat, sans puis avec indiçage = score sur 5.

Copyrighted material

b. Démence avec corps de Lewy diffus

- Syndrome extrapyramidal spontané symétrique, axial, non tremblant.
- Hallucinations visuelles.

- Troubles de l'attention puis de la mémoire avec l'avancée de la maladie.
- Grande fluctuation des troubles.

- Dysautonomie : hypotension, syncope, chutes à répétition.

- Hypersensibilité aux neuroleptiques : aggravation des troubles cognitifs et de la rigidité.

c. Démences frontotemporales

- Changement de personnalité.
- Troubles du comportement de type frontal : perte du contrôle de soi, logorrhée, négligence physique.
- Syndrome frontal, *grasping*, collectionnisme.
- Anosognosie complète.
- Patients plus jeunes : 60-70 ans.

d. Autres

- Démence de la maladie de Parkinson ITEM 261.
- Sclérose latérale amyotrophique, rare à ces âges.
- Paralysie supranucléaire progressive.
- Atrophie multisystématisée.

2. Démences secondaires

a. Démence vasculaire (10-20 % des cas) ITEMS 129, 130, 133

- Suite à des lésions ischémiques ou hémorragiques.
- Facteurs de risques cardiovasculaires : hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, hypercholestérolémie, diabète, tabac.
- Évolution par paliers : nouvelle manifestation clinique si nouvelle lésion cérébrale.
- La clinique est en fonction de la zone cérébrale touchée :
 - ralentissement psychomoteur ;
 - parfois troubles du langage ;
 - parfois troubles moteurs ;
 - troubles de mémoire tardifs et sensibles longtemps à l'indiçage (test des 5 mots).
- Prévention possible en primaire et en secondaire des AVC.
- Principales causes : AVC massif, infarctus multiples, état multilacunaire, artériopathie cérébrale.

Copyrighted material

b. Démence mixte

Association de signes de la maladie d'Alzheimer et de signes vasculaires.

c. Démences dites curables ITEMS 246, 248, 319

- Dysthyroïdies.
- Hypercalcémie.
- Anémie (par bas débit cérébral).
- Carence en vitamine B12 et en folates.
- Tumeurs cérébrales.
- Hydrocéphalie à pression normale.
- Hématome sous-dural chronique.
- Démences infectieuses : syphilis, maladies à prion, leuco-encéphalopathie multifocale progressive du VIH.
- Alcoolisme.
- Les troubles régressent à la guérison de la cause.
- Rare chez le sujet âgé en dehors des deux premières causes, parfois rencontrées.
- Pas vraiment des démences au sens du DSM-IV, plutôt des troubles du comportement avec un état confusionnel.

E. Diagnostic différentiel

- Dépression.
- Confusion.
- Troubles bénins de la mémoire : plainte mnésique isolée avec de légers troubles de l'attention.

F. Traitement

1. Traitement médicamenteux

a. Préventif

Uniquement pour la démence vasculaire : prévention des facteurs de risque cardiovasculaire.

b. Curatif

Uniquement pour les démences curables, sans avoir toujours un retour à la normale :

– traitement d'une dysthyroïdie ;

– traitement d'une hypercalcémie ;

– évacuation d'un hématome extra ou sous-dural compressif.

Copyrighted material

2. Prise en charge sociale ITEMS 52, 64

- Prise en charge à 100 %. [0]
- Aide personnalisée à l'autonomie (APA) pour financement des aides. [0]
- Aménagement du cadre de vie : lumières, tapis mais aussi rampes pour se tenir, surélévation des toilettes, lit médicalisé avec matelas anti-escarres.
- Soutien de l'aidant car l'aidant est le soignant principal 24 h/24 : mise en place d'aides humaines pour qu'il puisse avoir un peu de temps pour lui.
- Protection juridique : sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle si nécessaire.

3. Suivi ITEMS 61, 64 [0]

- Surveiller l'évolution des troubles cognitifs.
- Adapter le traitement en fonction de l'apparition ou non d'effets indésirables et de troubles du comportement.
- Surveiller l'apparition d'une dénutrition (poids, albumine, préalbumine) et la traiter : régime hyperprotidique hypercalorique adapté aux goûts et à la dentition du patient.
- Adapter des aides : surtout humaines, en fonction des handicaps.
- Soutenir l'aidant : proposer une entrée dans un groupe de soutien, orienter vers France Alzheimer, mettre en place des aides humaines pour soulager l'aidant.

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé

Syndrome confusionnel

- Trouble de la conscience avec réduction des capacités à fixer, soutenir ou déplacer l'attention.
- Survenant en peu de temps, fluctuant au cours de la journée et évoluant sur une courte durée [0].
- 10 à 15 % des patients âgés admis à l'hôpital.
- Jusqu'à 65 % des patients en postopératoire.
- Facteurs favorisants :
 - troubles cognitifs antérieurs ;
 - polymédication ;
 - utilisation d'une contention physique ;
 - déshydratation ;
 - existence d'une pathologie sévère ;
 - port d'une sonde urinaire ;
 - existence de troubles sensoriels ;
 - antécédents de pathologie iatrogénique ;
 - age supérieur à 80 ans ;
 - hypoalbuminémie inférieure à 30 g/L ;
 - entrée en institution.
- Examens complémentaires minimaux :
 - ionogramme sanguin, créatininémie, calcémie et glycémie [0] ;
 - électrocardiogramme [0] ;
 - scanner cérébral [0] ;
 - bilan infectieux le cas échéant : NFS, CRP, hémocultures, ECBU.
- Étiologies :
 - une douleur [0], un fécalome, une rétention d'urine ;
 - une cause neurologique ;
 - un bas débit cérébral ;
 - un trouble métabolique ;
 - une cause médicamenteuse ;
 - une infection à bas bruit ;
 - une modification de l'environnement.
- Traitement :
 - hospitalisation, attitude apaisante et rassurante, au calme, sans contention ;
 - traiter la ou les cause(s) avant tout, ce qui fera régresser le syndrome confusionnel ;
 - suppression des traitements non adaptés ;
 - traitement ponctuel des symptômes, prudent ;
 - consultation de suivi à un mois de distance de la guérison de l'épisode causal, afin de dépister une éventuelle démence [0].

Dépression chez le sujet âgé

- Pas une seule mais plusieurs dépressions du sujet âgé : forme classique, formes masquées (hostilité, régression, démence), mélancolie délirante.

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

- Dépression vasculaire 0 post-AVC ou chez les patients présentant des facteurs de risque vasculaires.
- *Geriatric Depression Scale* (GDS) : évalue l'existence et la sévérité de l'état dépressif chez le sujet âgé non dément *(voir annexes, p. 135 et 137)*.
- Risque de suicide à rechercher systématiquement 0.
- Traitement en hospitalisation si risque suicidaire 0.
- Traitement médicamenteux :
 - pas de tricycliques car effets secondaires cardiaques (hypotension, arythmie, syncope) et cholinergiques (bouche sèche, constipation, confusion, rétention d'urine) 0 ;
 - inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (attention aux hyponatrémies) ;
 - anxiolytiques et hypnotiques si besoin.
- Psychothérapie.
- Évaluation sociale 0 indispensable : aides à domicile, aides financières.
- Suivi indispensable : observance, effets secondaires, risque suicidaire.

Démences chez le sujet âgé

- Définition :
 - affection cérébrale acquise avec altération des fonctions intellectuelles et changement de comportement ;
 - évolution lente et progressive ;
 - répercussion sur la vie sociale 0.
- Diagnostic :
 - interrogatoire du patient, de l'entourage ;
 - examen clinique complet ;
 - examens biologiques : NFS, ionogramme sanguin, calcémie, TSH, folates, vitamine B12, à la recherche d'une cause « curable » ;
 - bilan nutritionnel : albumine, préalbumine ;
 - scanner cérébral sans injection ;
 - tests d'évaluation cognitive ;
 - le seul diagnostic étiologique formel est l'examen anatomopathologique *post-mortem*.
- Tests de dépistage :
 - *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein 0 : ne permet pas de faire un diagnostic *(voir annexe, p. 133)* 0 ;
 - test de l'horloge ;
 - test des 5 mots ;
 - échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne *(voir annexe, p. 139)* ;
 - échelle des activités de la vie quotidienne *(voir annexe, p. 141)*.
- Démences dégénératives :
 - maladie d'Alzheimer (60 % des cas) :
 - la plus fréquente après 65 ans ;
 - histologie : plaques séniles et dégénérescence neurofibrillaire ;
 - troubles de la mémoire antérograde puis de toute la mémoire ;
 - syndrome aphaso-apraxo-agnosique ;
 - dénutrition associée ;
 - troubles du comportement ;

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

– démence avec corps de Lewy diffus :
 • syndrome extrapyramidal spontané symétrique, axial, non tremblant ;
 • hallucinations visuelles ;
 • troubles de l'attention puis de la mémoire avec l'avancée de la maladie ;
 • grande fluctuation des troubles ;
 • dysautonomie : hypotension, syncope, chutes ;
 • hypersensibilité aux neuroleptiques ;
– démences fronto-temporales :
 • changement de personnalité ;
 • troubles du comportement de type frontal : perte du contrôle de soi, logorrhée, négligence physique ;
 • syndrome frontal ;
 • anosognosie complète ;
 • patients plus jeunes : 60-70 ans.

■ Démences secondaires :
– démence vasculaire (10-20 % des cas) :
 • facteurs de risques 0 : hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, hypercholestérolémie, diabète, tabac ;
 • évolution par paliers ;
 • principales causes : AVC massif ischémique ou hémorragique, infarctus multiples, état multilacunaire, artériopathie cérébrale ;
– démence mixte : association de signes de la maladie d'Alzheimer et de signes vasculaire ;

■ démences dites curables :
 • dysthyroïdies ;
 • hypercalcémie ;
 • hématome sous-dural chronique ;
 • alcoolisme.

■ Traitement médicamenteux :
– prévention des facteurs de risque cardiovasculaire ;
– curatif pour les démences curables ;
– symptomatique :
 • maladie d'Alzheimer : inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et mémantine ;
 • traitement des troubles du comportement : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine pour l'anxiété et les troubles dépressifs, hypnotiques si troubles du sommeil, psychotropes atypiques avec prudence si délire ou autre trouble psychotique, pas de neuroleptique dans la mesure du possible.

■ Prise en charge sociale :
– prise en charge à 100 % 0 ;
– aide personnalisée à l'autonomie (APA) 0 ;
– aménagement du cadre de vie ;
– soutien de l'aidant ;
– protection juridique : sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle si nécessaire.

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

- Suivi 0 :
 - surveiller l'évolution des troubles cognitifs ;
 - adapter le traitement ;
 - surveiller l'apparition d'une dénutrition et la traiter ;
 - adapter des aides ;
 - soutenir l'aidant.

Copyrighted material

ITEM 64

Autonomie et dépendance chez le sujet âgé

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Évaluer le niveau d'autonomie et de dépendance du sujet âgé.
- Dépister les facteurs de risque de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 50 Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.
- ITEM 53 Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.
- ITEM 54 Vieillissement normal : aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.
- ITEM 56 Ostéoporose
- ITEM 57 Arthrose
- ITEM 59 La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.
- ITEM 60 Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.
- ITEM 62 Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé.
- ITEM 63 Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé
- ITEM 110 Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition.
- ITEM 128 Athérome : épidémiologie et physiopathologie. Le malade poly-athéromateux.
- ITEM 129 Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.
- ITEM 130 Hypertension artérielle de l'adulte.
- ITEM 133 Accidents vasculaires cérébraux.
- ITEM 233 Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.
- ITEM 250 Insuffisance cardiaque de l'adulte.
- ITEM 295 Amaigrissement.

Copyrighted material

Sujets tombés

Sujets tombés aux ECN : 2005

- Dossier 2 : Gonarthrose chez une femme de 70 ans.

1) Faire le diagnostic.
2) Définir déficience, incapacité, handicap et échelles d'évaluation.
3) Prévention de la maladie thromboembolique veineuse en cas d'alitement dans les suites d'une pose de prothèse de genou.
4) Prescription de kinésithérapie.
5) Complications.

CONSENSUS

- Aucune conférence de consensus n'existe à ce jour sur ce thème.

POUR COMPRENDRE...

- Augmentation du risque de perte d'autonomie, suite à :
 - des maladies physiques et/ou psychiques qu'il faut traiter ou prévenir précocement ;
 - un isolement social.
- La dépendance qui en résulte peut être évaluée afin d'établir un plan d'aide et une prise en charge adaptés.

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

- La plupart des sujets âgés vivent à domicile.
- 50 % des sujets de plus de 75 ans ont recours à une aide pour un handicap ou un problème de santé.
- 80 % des plus de 90 ans ont une aide quotidienne.
- Dans 50 % des cas, l'aidant principal est un proche : conjoint dans 50 % des cas, enfants dans 25 % des cas.
- Le handicap a un coût pour la société : aménagements, traitements, hospitalisations, chômage et traitements des aidants familiaux le cas échéant.
- Les aides financières permettent d'améliorer le maintien au domicile et donc de diminuer les hospitalisations et les entrées en institution, tout en soulageant les aidants familiaux, voire en les rémunérant pour leur travail auprès du patient.

ECN 2005

II. DÉFINITIONS*

- **Autonomie :**
 - capacité à se gouverner soi-même ;
 - pouvoir effectuer sans aide les actes de la vie courante ;
 - s'adapter à son environnement.
- **Dépendance :**
 - impossibilité totale ou partielle de réaliser sans aide les activités physiques, psychiques, sociales de la vie quotidienne ;
 - incapacité de s'adapter à son environnement.

Copyrighted material

– clinophilie ;
– troubles cognitifs, troubles du comportement ;
– isolement social progressif ;
– négligence du logement.

■ Toute rupture avec l'état antérieur doit interpeller sur une possible perte d'autonomie.

■ La recherche de maltraitance doit être systématique en cas de perte d'autonomie non reconnue par les proches.

V. ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

A. Évaluation

■ Elle permet de dépister les sujets à risque, afin de mettre en place les aides et traitements nécessaires.

■ Elle facilite l'accès aux prestations sanitaires et sociales.

■ Elle initie le suivi du patient et de son entourage.

■ Elle repose sur un examen clinique complet, qui recherche en particulier des troubles de la marche et de l'équilibre, une incontinence, une dénutrition, des troubles cognitifs, et l'utilisation d'outils standardisés.

B. Outils standardisés *(voir annexes, p. XX)*

■ L'échelle des activités de la vie quotidienne *(Activities of Daily Living* [ADL]*)* ou échelle de Katz porte sur les soins corporels, l'habillement, les transferts, la continence, l'alimentation et évalue l'état fonctionnel.

■ L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne *(Instrumental Activities of Daily Living* [IADL]*)* ou échelle de Lawton porte sur les capacités à utiliser les transports, le téléphone, gérer son traitement, son budget, faire ses courses, ses repas, son ménage.

■ La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) mesure l'état fonctionnel et permet un classement en 6 groupes iso-ressources (groupes GIR). Le GIR 1 correspond au niveau de dépendance le plus élevé, le GIR 6 à une autonomie totale. L'allocation personnalisée à l'autonomie est attribuée en fonction des GIR. Cette grille s'utilise aussi en institution pour apprécier la charge soignante.

■ Ces échelles sont validées avec le patient et un proche. Au mieux, l'évaluation sera faite en condition à domicile.

Copyrighted material

VI. TRAITEMENT

A. Curatif

- Objectifs :
 - permettre la meilleure qualité de vie possible ;
 - éviter une aggravation de la situation actuelle.
- Prise en charge adaptée, avec ➤ ITEMS 50, 53 :
 - traitement médicamenteux : antalgiques, anxiolytiques, myorelaxants si nécessaire ;
 - aides techniques :
 - téléalarme si personne vivant seule et risque de chute ;
 - déambulateur si trouble de l'équilibre et surtout syndrome postchute ;
 - chaise percée si difficultés à se rendre aux toilettes ;
 - modification de l'environnement :
 - fixation des tapis ;
 - lumières suffisantes et veilleuse nocturne (chemin des toilettes) ;
 - aides financières :
 - allocation personnalisée à l'autonomie (APA), pour financer les aides humaines à domicile ou en institution ;
 - caisses de retraite ;
 - aides humaines :
 - aide-ménagère, pour le ménage, les courses ;
 - auxiliaire de vie, pour la toilette, les courses, les repas, donner les médicaments préparés par l'infirmière ;
 - portage des repas, que le patient ou une aide doit pouvoir chauffer ;
 - infirmière pour la toilette, la préparation du pilulier, la surveillance de la tension, l'injection d'insuline, les pansements, etc. ;
 - accueil de jour en cas de trouble cognitif ;
 - kinésithérapie à domicile.
- Nécessité d'une réévaluation régulière du patient.

B. Préventif ➤ ITEM 50

- Dépistage régulier, par le médecin traitant et les proches.
- Essentiel à la prise en charge.
- Prévention et traitement des maladies chroniques :
 - hypertension artérielle ➤ ITEM 130 ;
 - insuffisance cardiaque ➤ ITEM 250 ;
 - diabète ➤ ITEM 233 ;
 - maladies inflammatoires chroniques ➤ ITEMS 128, 129.
- Maintien d'une activité physique régulière et d'une alimentation suffisante en qualité et en quantité ➤ ITEM 54.

Copyrighted material

ITEM 69

Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

- Identifier une situation relevant des soins palliatifs.
- Argumenter les principes de la prise en charge globale et pluridisciplinaire d'un malade en fin de vie et de son entourage.
- Aborder les problèmes éthiques posés par les situations de fin de vie.

LIENS TRANSVERSAUX

ITEM 1 La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge.

ITEM 7 Éthique et déontologie médicale : droits du malade ; problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort.

ITEM 50 Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.

ITEM 63 Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.

ITEM 65 Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique.

ITEM 66 Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.

ITEM 68 Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques.

ITEM 70 Deuil normal et pathologique

ITEM 142 Prise en charge d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

Copyrighted material

Sujets tombés

Sujets tombés au concours de l'Internat : 2003

• Dossier 3, cession Sud : Cancer de l'œsophage chez un homme de 50 ans, avec échec de la chimiothérapie, porteur d'une gastrostomie et d'une trachéotomie.

1) Décrire le caractère inapproprié de l'association buprénorphine-codéine.
2) Mécanismes d'action des agonistes-antagonistes morphiniques.
3) Rédaction d'une ordonnance de chlorhydrate de morphine.
4) Prescriptions paramédicales pour prise en charge à domicile : infirmière, kinésithérapeute, aide-ménagère, matériel médical.
5) Prise en charge de la phase agonique : souhaits du malade, traitements de confort, prise en charge pluriprofessionnelle, information et soutien des proches.

CONSENSUS

• L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches – ANAES, 2004 – www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272290.

• Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs – Recommandations pour la pratique clinique – ANAES, 2002 – www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272224.

POUR COMPRENDRE...

Points clés

- Développement des soins palliatifs depuis les années 1970.
- Actuellement : programme national de développement des soins palliatifs.
- Droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder aux soins palliatifs et à un accompagnement » (loi du 9 juin 1999).
- Droits des malades et des personnes en fin de vie renforcés par la loi du 22 avril 2005.
- Mise en œuvre obligatoire d'un projet de soins palliatifs dans les établissements médicosociaux d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et personnes handicapées.
- Soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés.
- Équipe pluriprofessionnelle.
- Approche globale et individualisée, dans le respect de la dignité du patient.
- Objectifs :
 - soulager les symptômes physiques ;
 - anticiper les complications ;
 - prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels.
- Éviter les investigations et les traitements déraisonnables.
- Ne pas provoquer intentionnellement la mort.

Chiffres clés

- 520 000 morts par an en France.

Copyrighted material

■ Objectifs du plan cancer 2007 :

– 5 lits identifiés de soins palliatifs pour 100 000 habitants ;

– 1 réseau de soins palliatifs pour 400 000 habitants ;

– 1 équipe mobile pour 200 000 habitants ;

– 1 unité de soins palliatifs par pôle régional de cancérologie.

I. RECONNAÎTRE UNE SITUATION RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

■ Situations rencontrées dans :

– toutes les disciplines ;

– à tous les âges de la vie ;

– en médecine de ville et à l'hôpital ;

– tous les services, y compris au service d'accueil des urgences.

■ Patients atteints de maladies graves évolutives mettant en jeu le pronostic vital, sans thérapeutique curative envisageable (possibilité d'anticiper) :

– néoplasie ➤ ITEM 142 ;

– maladie neurodégénérative évoluée ➤ ITEM 62 ;

– insuffisance cardiaque ou respiratoire terminale.

■ Patients présentant des polypathologies :

– situation fréquente en gériatrie ;

– intrication des différentes pathologies avec un facteur déclenchant dont la réversibilité est à évaluer ;

– réflexion difficile, souvent en urgence en dehors du cadre de soins habituel du patient (service d'accueil des urgences, à l'occasion d'une hospitalisation).

■ Intérêt d'une réflexion collégiale :

– pluridisciplinaire : médecin traitant, spécialiste, équipe mobile de soins palliatifs ;

– pluriprofessionnelle : médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychologues.

II. PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

■ **Respect du confort, du libre arbitre et de la dignité** ➤ ITEM 7 : 0

– bien-être physique indispensable pour permettre la démarche globale d'accompagnement ;

– libre arbitre du patient : ses volontés peuvent avoir été exprimées dans des directives anticipées, qui doivent être interprétées en fonction du contexte.

Copyrighted material

CONSENSUS

Situations particulières
ANAES, 2004

- **Nouveau-né, enfant, adolescent :**
 - mêmes droits et besoins que les adultes ;
 - accompagnement des parents capital, surtout en cas de décès d'un nouveau-né ;
 - communiquer à l'enfant toutes les informations nécessaires, selon des modalités adaptées à ses capacités de compréhension et à ses attentes ;
 - reconnaître le rôle propre des parents et de la fratrie.
- **Maladies neurodégénératives avec altérations cognitives** ITEM 63 **:**
 - besoins de confort sous-évalués, aussi bien la douleur physique que la souffrance morale ;
 - adapter les stratégies de communication, en particulier communication non verbale ;
 - nécessité d'une évaluation soigneuse des indications de chimiothérapie.
- **Psychiatrie :**
 - problèmes d'autonomie dans l'expression des choix ;
 - modalités de communication et d'échange parfois difficiles.
- **Service d'accueil des urgences :**
 - problèmes de transmission des informations pertinentes ;
 - mise en place parfois de mesure de « réanimation compassionnelle » pour permettre la préparation de l'entourage à la mort.
- **Réanimation :**
 - communication avec le patient souvent impossible ;
 - implication des proches et de la personne de confiance dans la prise de décision ;
 - prise de décision restant de la responsabilité de l'équipe médicale.
- **Gériatrie :** difficultés liées au lieu de la mort. La plupart des décès ont lieu en institution alors que les personnes âgées expriment souvent le souhait de mourir à domicile.
- **Précarité sociale :** souffrance majorée par la solitude et le dénuement.

- Intervenants impliqués :
 - le patient et ses proches ;
 - médecins traitants ;
 - équipe paramédicale ;
 - équipe mobile de soins palliatifs ;
 - bénévoles formés, agissant dans le cadre d'une association, avec l'accord du patient.

- Symptômes les plus fréquents : douleur, anxiété, dyspnée.
- Plus rarement : occlusion, dysphagie, hoquet.
- Anticiper et guetter leur apparition en fonction de la pathologie sous-jacente.

Copyrighted material

A. Douleur

ITEMS 65, 66, 68

1. Évaluation

- Mécanisme : excès de nociception, neurogène, psychogène.
- Localisation.
- Intensité : échelles d'autoévaluation (numérique, visuelle analogique, verbale) et d'hétéroévaluation.
- Retentissement fonctionnel et moral.

2. Traitement



- Recours fréquent, souvent d'emblée, aux antalgiques de palier 3 (morphiniques)*.
- Ne pas traiter de façon discontinue, couverture antalgique de tout le nycthémère :
 - prises systématiques ;
 - antalgiques de longue durée d'action et interdoses ;
 - pas d'interruption de traitement ;
 - titration et réévaluation régulière (au moins quotidienne).
- Attention aux actes douloureux (perfusions, pansements) : adaptation des interdoses, anesthésique local type *Emla*, protoxyde d'azote inhalé.
- Traitements spécifiques éventuels :
 - radiothérapie d'une métastase osseuse ;
 - antispasmodiques, dérivation chirurgicale en cas d'occlusion ;
 - corticothérapie pour soulager les envahissements tumoraux.

B. Troubles anxieux et dépressifs

- Ils peuvent s'intégrer dans le cheminement vers l'acceptation de la maladie et de son incurabilité :
 - écoute ;
 - éventuellement psychologue et/ou psychiatre ;
 - anxiolytiques ;
 - antidépresseurs : à discuter en cas de dépression avérée, ne pas oublier que leur action n'est effective qu'au bout de 3 semaines.
- Sommeil :
 - insomnie d'endormissement plutôt en rapport avec l'anxiété, réveil précoce plutôt d'origine dépressive ;
 - mesures environnementales et écoute ;
 - en cas d'échec : traitement médicamenteux.

C. Soins corporels

ITEM 50

- Aide à la toilette, à la coiffure, à l'habillage. Nursing.
- Bains de bouche : fréquence de la sécheresse et des ulcérations buccales.

Copyrighted material

■ Prévention et prise en charge des escarres. Plaies malodorantes : pansement au charbon activé, voire application locale de métronidazole.

D. Dyspnée

■ Oxygénothérapie si désaturation (lunettes nasales plus adaptées que masque ou sonde).

■ Enquête étiologique et éventuel traitement spécifique :

– compression tumorale : discuter corticothérapie ;

– pathologie pulmonaire ;

– encombrement : hydratation, anticholinergique (scopolamine sous-cutanée ou transdermique, intérêt validé dans la prise en charge des râles agoniques) ;

– anxiété : écoute, réassurance, éventuellement benzodiazépine.

■ Traitement symptomatique :

– diminution de la sensation de dyspnée ;

– morphinique et/ou anxiolytique ;

– titration et réévaluation.

■ En cas de toux : envisager humidification de l'air, kinésithérapie, antitussif (opiacé type codéine ; si patient sous morphinique : augmentation de posologie).

E. Symptômes digestifs ITEM 50

1. Occlusion

■ Rechercher un fécalome.

■ Toujours envisager une chirurgie à visée symptomatique (dérivation).

■ Prokinétiques (dompéridone) et antiémétiques (métoclopramide).

■ Éventuellement inhibiteur de la pompe à protons pour diminuer le volume des sécrétions gastriques.

■ En cas d'obstacle tumoral sans possibilité de dérivation chirurgicale, corticothérapie à envisager.

2. Constipation

■ Favorisée par le décubitus, les morphiniques, la déshydratation, les anticholinergiques.

■ Surveillance du transit.

■ Adaptation des apports hydriques et des fibres.

■ Laxatifs.

3. Hoquet

■ Étiologie : irritation vagale (distension gastroduodénale, ascite).

■ Neuroleptiques : par exemple, chlorpromazine *(Largactil)*.

Copyrighted material

4. Dysphagie

- Lésions buccales induites par traitement antinéoplasique : mucite.
- Aggravation de la déshydratation.
- Soins de bouche.



F. Phase agonique*

- Dernières journées de vie (24-72 h).
- Intensité émotionnelle pour les proches et l'équipe soignante.
- Souvent majoration des symptômes avec troubles de la vigilance et râles agoniques.
- Supprimer les médicaments inutiles.
- Poursuite hydratation, nursing.
- Optimiser traitement antidyspnéique et antalgique.
- Scopolamine en cas de râles agoniques.
- Poursuite alimentation à discuter.

IV. PROCHES

- Objectifs : diminuer la souffrance du patient et permettre aux proches d'assumer leur rôle.
- Respecter les souhaits du patient :

[0] – peut désigner une personne de confiance pour l'aider dans ses choix : parent ou ami ;

– problème si souhait de ne pas informer la famille.

- Les soignants ne doivent pas se substituer à la famille ITEM 1.
- Dialogue et concertation essentiels entre les proches et les soignants.
- Chaque membre de la famille a ses propres attentes et sa propre souffrance.

- Détecter précocement :

[0] – risque de deuil pathologique ITEM 70 ;

– lassitude, épuisement, usure.

- Modalités différentes selon cadre : domicile ou institution.
- Bénéfice d'une prise en charge structurée (entretien formalisé, livret d'informations).
- Congé de solidarité familiale :

– pour tout salarié dont un ascendant/descendant/personne partageant le domicile fait l'objet de soins palliatifs ;

– non rémunéré ;

– durée maximale de 3 mois ;

– certificat réalisé par le médecin attestant que la personne accompagnée fait l'objet de soins palliatifs.

Copyrighted material

V. PROBLÈMES ÉTHIQUES

■ Mort : processus naturel inéluctable.

■ Mission du médecin : pas uniquement guérir. Soulager : aussi important que guérir.

■ Transition soins curatifs-soins palliatifs progressive ou brutale selon les situations.

■ Continuité des soins qui doivent être attentifs, consciencieux et adaptés 0 ITEM 7.

■ Difficultés éthiques parfois exacerbées par des différences culturelles entre le patient, ses proches et l'équipe soignante :

– respecter les demandes propres du patient ;

– rendre possible leur expression, dans le cadre de la structure de soins.

A. Cadre législatif

■ Loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades et des personnes en fin de vie : article L-1111 du Code de la santé publique :

– le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ; 0

– si le patient met sa vie en danger en voulant refuser ou interrompre un traitement, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables ;

– toute personne majeure peut exprimer des directives anticipées concernant ses souhaits à propos de sa fin de vie et d'éventuelles limitations ou arrêt des thérapeutiques ;

– la décision d'arrêt ou de limitation des thérapeutiques doit être appuyée par une procédure collégiale ; 0

– rôle de la personne de confiance.

■ Code de déontologie ITEM 7.

B. Demande de mort

■ Parfois expression par le patient d'une demande de mort.

■ Toujours y prêter attention ITEM 1.

■ Parfois ambivalence : mode d'expression en cas d'angoisse de mourir, de besoin d'être mieux soulagé ou réconforté.

■ Interruption délibérée de la vie (« euthanasie active ») : illégale. 0

■ Possibilités légales et éthiquement acceptables après procédure collégiale :

– abstention thérapeutique ;

– interruption d'une thérapeutique de suppléance vitale ;

– sédation pour soulager des symptômes intolérables.

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage

- Soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés, pluridisciplinaires et pluriprofessionnels 0.
- Objectifs : soulager les symptômes physiques, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels (approche globale) 0.
- Ne pas provoquer intentionnellement la mort 0.
- Droit d'accès aux soins palliatifs 0.
- Situations relevant des soins palliatifs :
 - maladies graves évolutives sans thérapeutique curative ;
 - polypathologies (sujet âgé).
- Principes :
 - respect du confort, du libre arbitre et de la dignité 0 ;
 - prise en compte de la souffrance globale 0 : les symptômes et leur retentissement fonctionnel et moral ;
 - importance de l'abord relationnel : information, communication avec le patient et ses proches ;
 - coordination et continuité des soins ;
 - préparation au deuil 0.
- Cadre à adapter aux besoins et souhaits du patient : domicile, hôpital, unité de soins palliatifs.
- Symptômes les plus fréquents :
 - douleur ;
 - anxiété, dépression, insomnie ;
 - dyspnée ;
 - constipation, occlusion, hoquet, dysphagie ;
 - hygiène corporelle, escarres et plaies malodorantes ;
 - particularité de la phase agonique : trouble de la vigilance.
- Proches :
 - rôle de la personne de confiance ;
 - ont leurs attentes et leur souffrance propres ;
 - sentiment de culpabilité et d'impuissance ;
 - risque de lassitude, épuisement, usure et deuil pathologique 0 ;
 - possibilité de bénéficier du congé de solidarité familiale.
- Problèmes éthiques :
 - mort : phénomène naturel inéluctable ;
 - soins attentifs, consciencieux et adaptés 0 ;
 - arrêt et limitation des thérapeutiques possibles après une procédure collégiale 0 ;
 - respect de la volonté du patient sauf demande de mort ;
 - pas d'interruption délibérée de la vie 0 ;
 - difficultés parfois liées à des différences culturelles.

Copyrighted material

ITEM 142

Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie[1]

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIF

- Expliquer les principes de la prise en charge globale du malade à tous les stades de la maladie en tenant compte des problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

LIENS TRANSVERSAUX

ITEM 1 La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge.

ITEM 7 Éthique et déontologie médicale : droits du malade ; problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort.

ITEM 65 Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique.

ITEM 69 Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage.

ITEM 70 Deuil normal et pathologique

ITEM 109 Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions.

ITEM 135 Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire.

ITEM 139 Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.

ITEM 140 Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations paracliniques ; stadification ; pronostic.

ITEM 141 Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.

ITEM 143 Agranulocytose médicamenteuse : conduite à tenir.

1. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

Copyrighted material

Sujets tombés

Sujets tombés aux concours de l'Internat : 1997, 2000

• 2000 – Dossier 4, cession Sud : Opacité pulmonaire chez une femme de 79 ans fumeuse, avec un antécédent de carcinome épidermoïde bronchique, ayant réalisé EFR et gaz du sang.

1) Description de la radio de thorax.
2) Hypothèses diagnostiques : métastase ou cancer bronchopulmonaire.
3) Exploration par fibroscopie bronchique avec biopsies et scanner thoracique.
4) Complément de bilan avant thoracotomie : recherche de métastases (dont surrénales), évaluation cardio-vasculaire.
5) Diagnostic anatomopathologique : adénocarcinome T2N0, pas de traitement complémentaire.

• 1997 – Dossier 10, cession Sud ; 2000 – Dossier 2, cession Nord : Cancer de la langue chez un homme de 50 ans.

1) Ulcération linguale suspecte si induration, bourrelet, saignement, irrégulière.
2) Classification TNM.
3) Prise en charge de la douleur empêchant toute alimentation : antalgiques niveau III, discuter corticoïdes si œdème tumoral important.
4) Risque de la radiothérapie : ostéoradionécrose de la mandibule, prévenue par les soins dentaires et les gouttières fluorées.
5) Surveillance clinique et paraclinique : trimestrielle (1 an), puis semestrielle (5 ans) puis annuelle (à vie).

CONSENSUS

• Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie à domicile – Recommandations ANAES, septembre 2003 – http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_451135.

POUR COMPRENDRE...

Points clés

- Les cancers sont des pathologies chroniques : importance de la prise en charge au long cours des patients pour améliorer le vécu de la maladie et optimiser la prise en charge.
- L'incidence augmente plus vite que la survie : de plus en plus de patients vivent de plus en plus longtemps avec un cancer.
- Lancement en 2003 du Plan Cancer : plan de mobilisation nationale contre le cancer avec plus de 600 millions d'euros de financement. Il comporte 70 mesures regroupées en 6 chapitres : prévenir, dépister, soigner, accompagner, former, comprendre et découvrir.
- Volonté exprimée dans le Plan Cancer d'améliorer l'accompagnement, en particulier la qualité de l'information et de la prise en charge symptomatique.
- Accompagnement du diagnostic à la rémission ou au décès : intrication fréquente des aspects curatifs et palliatifs de la prise en charge.
- Prise en charge multidisciplinaire.

Chiffres clés

- Incidence du cancer > 280 000 par an en France (4/10 avant 65 ans).
- Mortalité par cancer : 150 000 décès par an (3/10 avant 65 ans).

Copyrighted material

I. ÉVALUATION INITIALE ET ANNONCE

A. Évaluation initiale : le patient et sa maladie

- Étape indispensable pour établir un pronostic et établir une stratégie thérapeutique.
- Permet de fixer un objectif curatif ou d'emblée palliatif.

1. La maladie

- Diagnostic précis, avec le type histologique ITEM 140. O
- Bilan d'extension selon la néoplasie ITEM 141 : O
 - **sa réalisation est souvent une source d'angoisse pour le patient** ;
 - classification TNM des tumeurs solides* ;
 - classification de Ann Harbor des lymphomes malins non hodgkiniens et de la maladie de Hodgkin.

* Concours Internat 2000

- Marqueurs spécifiques :
 - LDH pour les lymphomes
 - stade de Salmon et Duris, β2-microglobuline, stade ISS du myélome ;
 - biologie moléculaire et caryotype : pour la plupart des hémopathies malignes.
- Recherche d'un éventuel deuxième cancer associé : O
 - surtout si intoxication éthylotabagique ;
 - cas particulier des néoplasies endocriniennes multiples.

2. Le patient

- État général :
 - retentissement sur l'autonomie : échelle de Karnofsky, score de performance de l'OMS *(tableau 142-1)* ; O
 - poids, avec calcul de l'indice de masse corporelle, état nutritionnel : évaluation des ingesta et de l'état buccodentaire, calcul du *Mini Nutritional Assessment* *(voir annexe, p. 131)*, albuminémie. O

Tableau 142-1. Indice de Karnofsky et *performans status* de l'OMS.

Indice de Karnofsky	
100 %	Normal : pas de plainte ni de symptôme
90 %	Peut réaliser les activités normales de la vie quotidienne ; signes ou symptômes mineurs
80 %	Peut réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort
70 %	Capable de se prendre en charge mais incapable de mener une activité normale, de travailler
60 %	Aide occasionnelle requise, peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels
50 %	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40 %	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30 %	Sévèrement handicapé, hospitalisation indiquée mais la mort n'est pas imminente
20 %	Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10 %	Moribond, processus fatal progressant rapidement

Copyrighted material

Tableau 142-1. Indice de Karnofsky et *performans status* de l'OMS.

	***Performance status* de l'OMS**
0	Personne normale – Activité physique intacte – Efforts possibles sans limitation
1	Réduction des efforts – Autonomie complète
2	Personne encore autonome – Se fatigue facilement – Nécessité de se reposer plus de 6 heures/jour
3	Personne dépendante – Lever possible – Ne fait pas sa toilette seule
4	Dépendance totale – État quasi grabataire

- Symptômes :

O – douleur ;

– fatigue, anorexie ;

– compression : syndrome cave supérieur, dyspnée, occlusion ;

– symptômes spécifiques : par exemple, syndrome carcinoïde.

- Retentissement moral :

– anxiété, dépression ;

– pathologie psychiatrique pouvant entraver la prise en charge (par exemple, schizophrénie) ;

– contexte culturel et religieux.

- Retentissement socioprofessionnel :

– contexte familial :

• isolement ;

• entourage familial et personne de confiance ;

• rechercher qui sont les aidants (capital en gériatrie) ;

• pathologie familiale (antécédents familiaux, dépistage dans la fratrie si besoin) ;

– insertion sociale et professionnelle :

• Sécurité sociale, mutuelle ;

• emploi salarié, libéral, chômage ;

• est-ce une maladie professionnelle ? ITEM 109

O - Recherche d'une exposition persistante à des facteurs favorisants ITEM 141 :

– tabac ;

– alcool ;

– hépatite virale (carcinome hépatocellulaire), VIH (lymphome).

O - Comorbidités et bilan préthérapeutique ITEM 141 :

– interrogatoire et examen clinique systématique ;

– examens complémentaires ciblés selon le traitement envisagé, par exemple :

• hémogramme, fonction rénale et fonction hépatique, avant chimiothérapie : peut guider le choix des drogues, adaptation des posologies en cas d'insuffisance rénale ;

Copyrighted material

• explorations fonctionnelles respiratoires, gaz du sang, scintigraphie pulmonaire et échographie cardiaque, avant chirurgie pulmonaire* ;

• échographie cardiaque avant anthracyclines.

* Concours Internat 2000

B. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ITEM 141

0

■ Aboutissement de l'évaluation, permet de définir une proposition thérapeutique.

■ Obligatoire, avec des modalités fixées par la Haute Autorité de Santé : le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors de réunion de concertation pluridisciplinaire.

■ Pluridisciplinarité : présence d'au moins 3 spécialités différentes, adaptées à la RCP.

■ Intervenants : oncologues, chirurgiens, radiologues, pathologistes, spécialistes d'organe.

■ Organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie.

■ Réunion formalisée : rythme (au moins 2 par mois), coordonnateur, secrétariat, type de dossiers présentés, référentiels utilisés, fiche standardisée de renseignements médicaux remplie avant la réunion par le médecin responsable.

■ Proposition thérapeutique fondée sur des référentiels de pratique régionaux élaborés à partir de recommandations nationales ou internationales.

■ Compte rendu écrit : 0

– mentionnant les participants avec leur qualification ;

– explicitant la proposition thérapeutique retenue ;

– devant figurer dans le dossier du patient ;

– information du patient des conclusions. 0

C. Annonce du diagnostic

C'est un événement majeur pour le patient.

1. Objectifs

■ Fournir une information loyale, claire et adaptée (déontologie) ITEM 7. 0

■ Permettre l'élaboration et l'adhésion à un programme de soins personnalisé.

2. Consultation d'annonce ITEM 1

■ Souvent longue (30-50 minutes).

■ De préférence par (ou avec) un médecin acteur de la prise en charge ultérieure.

■ Pas d'improvisation : avoir le dossier, les résultats des explorations.

■ Difficile pour le patient et les soignants.

Copyrighted material

- Optimiser les conditions matérielles :
 - endroit calme ;
 - intimité ;
 - éviter d'être interrompu (téléphone…).
- Choisir un moment adapté :
 - plutôt en matinée ou début d'après-midi ;
 - éviter les vendredi et samedi.
- Souvent en deux temps :
 - première consultation pour annonce du diagnostic, informations sur les thérapeutiques envisageables et prévenir de la tenue de la RCP ;
 - deuxième consultation, rapprochée ++, après la RCP, pour proposition thérapeutique avec explication du programme de soins : modalités, complications, pronostic.
- Établir une relation de confiance :
 - s'assurer que le patient a compris ;
 - demander s'il a des questions à poser et y répondre ;
 - établir un lien : proposer une nouvelle consultation rapprochée ou l'intervention d'un paramédical (infirmière, assistant social, psychologue) si besoin.

D. Aspects sociaux de la prise en charge initiale

0

- Formulaire d'affection de longue durée (ALD).
- Arrêt de travail souvent nécessaire.
- Toujours penser à une pathologie professionnelle ➤ ITEM 109 :
 - 4 % des cancers ont une origine professionnelle (10 000/an) : surtout voies respiratoires, leucémies, vessie et peau ;
 - 10 % des salariés sont exposés à des substances cancérogènes ;
 - substances le plus souvent incriminées : amiante, amines aromatiques, chrome, chlorures de vinyle, poussières de bois ;
 - possibilité d'indemnisation avec indemnités journalières plus élevées, rente pour incapacité permanente partielle, rente aux ayants droit en cas de décès, protection contre un licenciement et accès facilité au reclassement professionnel ;
 - rédaction par le médecin d'un certificat attestant du diagnostic et déclaration par le patient auprès de son organisme de protection sociale.
- Cadre de la prise en charge : hospitalisation classique, ambulatoire, hospitalisation à domicile.

Copyrighted material

CONSENSUS

Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie à domicile
ANAES, 2003

- Caractéristiques de la chimiothérapie :
 - médicaments inscrits sur la liste de la rétrocession ou disponible en officine ;
 - forme *per os* ou acceptation par le patient de la pose d'un dispositif intraveineux de longue durée ;
 - toxicité à court terme peu importante : absence d'effets indésirables graves prévus ;
 - mise en œuvre acceptable (protocole d'administration simple : pas d'hyperhydratation par exemple).
- Projet thérapeutique :
 - projet élaboré par écrit ;
 - accord et préférence du patient pour ce type de prise en charge ;
 - ajustement du patient à sa maladie (absence de troubles psychologiques sévères) ;
 - assimilation par le patient/son entourage des compétences minimales permettant d'assurer la sécurité de la prise en charge ;
 - acceptation de participation du médecin généraliste ainsi que d'une structure de soins (HAD, réseau de soins, infirmière libérale) ;
 - acceptation de participation de l'ensemble des autres acteurs de la prise en charge (pharmacien, psychologue, assistant social…) ;
 - sécurité du domicile ;
 - accès aux soins et procédures d'alerte performantes en cas d'urgence.

- Proposer un prélèvement pour cryoconservation de sperme si patient jeune devant recevoir de la chimiothérapie (Centre d'étude et de conservation du sperme [CECOS]). [0]

II. ACCOMPAGNEMENT PENDANT LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

A. Objectifs

- Donner au patient les meilleures chances de rémission/survie, en particulier lorsqu'il existe un effet dose-intensité (hémopathies malignes) ITEM 141.
- Limiter les effets secondaires du traitement et leur retentissement.
- Limiter les symptômes de la maladie.
- Soutien psychologique du patient et de son entourage.
- Soins continus avec dimensions curative et palliative intriquées, d'importance variable selon les patients et le stade de la maladie. [0]

B. Prise en charge personnalisée, adaptée, évolutive, multidisciplinaire

1. Problèmes rencontrés

Ils dépendent :

Copyrighted material

- du patient : comorbidités, vécu de la maladie, entourage ;
- de la maladie : symptômes, pronostic ;
- du traitement retenu : chimiothérapie (mucite, aplasie, insuffisance rénale), radiothérapie (radiodermite, ostéonécrose mandibulaire), chirurgie mutilante (trachéostomie, iléostomie, colostomie, amputation) ITEM 141.

2. Anticiper et dépister précocement les complications

- Prévention des vomissements chimio-induits ITEM 141 :
 - choix des antiémétiques selon le potentiel émétisant de la chimiothérapie *(tableau 142-2)* ;
 - la plupart des nausées-vomissements débutent dans l'heure suivant l'administration de chimiothérapie et durent 2 à 3 jours ;
 - particularité des sels de platine : pouvoir émétisant durant 1 semaine après injection ;
 - médicaments utilisables : sétrons, corticoïdes, métoclopramide voire neuroleptiques (chlorpromazine) ou benzodiazépines *(tableau 142-3)* ;
 - importance de leur prévention dès la première cure, sinon risque de vomissements anticipés ;
 - exemple d'ordonnance de sétron après chimiothérapie par sel de platine :
 - à réaliser sur une ordonnance pour « médicament d'exception » ;
 - nom, prénom et âge du patient ;
 - odansétron *(Zophren)*, comprimés à 8 mg : 1 comprimé toutes les 12 heures, pendant 7 jours ;
 - date, nom et signature du médecin.

Tableau 142-2. Potentiel émétisant des médicaments anticancéreux.

Potentiel émétisant puissant (100 % de vomissements)	Cytarabine haute dose Cisplatine > 75 mg/m^2 Dacarbazine	Chlorméthine Streptozocine
Potentiel émétisant fort (60-90 % de vomissements)	Cisplatine < 75 mg/m^2 Carboplatine Méthotrexate haute dose	Cyclophosphamide > 1 g/m^2 Procarbazine Carmustine
Potentiel émétisant modéré (30-60 % de vomissements)	Anthracyclines	Gemcitabine Cyclophosphamide
Potentiel émétisant faible (10-30 % de vomissements)	Melphalan VP 16 Vinorelbine Vincristine Hydoxyurée	Taxanes Cytarabine 5-FU 2-CDA Bléomycine
Potentiel émétisant très faible (< 10 % de vomissements)	Chloraminophène	Busulfan

Copyrighted material

■ Marqueurs biologiques éventuels (PSA et cancer de prostate, β-HCG et α-FP dans les tumeurs germinales).

Tableau 142-4. Exemples de suivi après traitement à visée curative : cancer bronchique et cancer colique.

Surveillance minimale après traitement curatif d'un cancer bronchique	
2 premières années	Examen clinique tous les 3 mois Radiographie de thorax tous les 3-6 mois Scanner thoracique postopératoire à 6 mois
De 3 à 5 ans	Examen clinique tous les 6 mois Radiographie de thorax tous les 6 mois
De 5 à 10 ans	Examen clinique tous les ans Radiographie de thorax tous les ans
Surveillance minimale après traitement curatif d'un cancer colique	
Coloscopie 3 à 6 mois en postopératoire si incomplète ou non faite, sinon à 1 an	
Examen clinique tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans	
Échographie abdominale tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les ans pendant 2 ans	
Radiographie de thorax tous les ans pendant 5 ans	
Options envisageables : ACE, scanner thoraco-abdomino-pelvien	

B. Surveillance à la recherche d'un deuxième cancer

■ Récidives : tube digestif, sein (sein controlatéral), peau.

■ Cancers liés épidémiologiquement : voies aériennes supérieures et œsophage, cancers liés au tabac (bronches, vessie).

■ Cancers secondaires : après radiothérapie ou chimiothérapie.

C. Toxicité retardée des traitements

■ Lésions radio-induites : grêle radique, radiodermite, radionécrose (mandibule, cerveau).

■ Stérilité ou ménopause précoce.

V. PRISE EN CHARGE PALLIATIVE ET FIN DE VIE

Ce paragraphe fait l'objet d'une question spécifique dans cet ouvrage ➤ ITEM 69.

VI. PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

Le cancer est une maladie génératrice d'une angoisse importante chez le patient, ressentie par les soignants.

A. Mécanismes de défense du patient ➤ ITEM 70

■ **Dénégation :** le patient refuse d'admettre qu'il a un cancer ou que son pronostic vital est engagé. Ce déni peut être associé à une adhésion au traitement, ce qui est source de confusion pour les proches et les soignants.

Copyrighted material

■ **Déplacement :** le patient attache de l'importance à des effets secondaires du traitement ou à d'autres aspects de sa vie, sans évoquer sa maladie.

■ **Rites obsessionnels :** rituels permettant au patient de penser, comprendre et contrôler sa maladie et le processus de soins. Un suivi rigoureux de tout ce processus doit lui apporter la guérison et tout écart peut être fatal.

■ **Régression :** repli du patient sur lui-même et ses symptômes, le rendant incapable de se prendre en charge.

■ **Projection agressive :** envers les soignants et les proches.

■ **Sublimation et combativité :** le patient prend appui sur sa maladie pour (re)construire sa vie différemment.

■ Le patient peut parfois exprimer un refus de traitement : le médecin doit alors essayer par tous les moyens de le faire changer d'avis. Il s'agit d'expliquer de façon intelligible la situation (pronostic, thérapeutiques avec bénéfices escomptés et risques attendus) et d'essayer de comprendre les mécanismes de ce refus. Si le patient maintient sa demande, le médecin ne doit pas s'y opposer (article L-1111 du Code de la santé publique).

B. Attitude des soignants ITEM 1. 7

■ Charge émotionnelle intense.

■ Soutien du patient et de ses proches, respect des souhaits du patient.

■ Traitement psychotrope parfois nécessaire, essentiellement anxiolytique, parfois antidépresseur.

■ Les soignants ont aussi des mécanismes de défense pouvant interférer dans la prise en charge :

– évitement ;

– mensonge et fausse réassurance : sur le diagnostic et le pronostic ;

– fuite en avant : pour apaiser son angoisse, le soignant va au-delà de ce que le patient est prêt à entendre ;

– rationalisation : le soignant parle au patient comme à un soignant, ce qui rend son discours inintelligible et angoissant.

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie

Prise en charge initiale

- Bilan initial et établissement du pronostic :
 - diagnostic du cancer avec type histologique [0] ;
 - bilan d'extension [0] : TNM, stade ;
 - terrain et comorbidités [0] ;
 - facteurs favorisants [0] ;
 - symptômes dont douleur [0] et autonomie [0] ;
 - état général : retentissement sur l'autonomie, Karnofsky/*Performans Status* OMS [0] ;
 - état nutritionnel [0] ;
 - évaluation sociale et familiale, recherche d'une personne de confiance ;
 - recherche et déclaration d'une maladie professionnelle ;
 - recherche d'un deuxième cancer ;
 - bilan préthérapeutique [0] :
 - NFS, fonctions rénale et hépatique ;
 - explorations spécifiques (échographie cardiaque, EFR).
 - cryopréservation de sperme si besoin (Centre d'étude et de conservation du sperme) [0].
- Réunion de concertation pluridisciplinaire [0] obligatoire et formalisée :
 - au moins trois spécialités différentes ;
 - proposition d'une stratégie thérapeutique fondée sur des référentiels régionaux ;
 - rédaction d'un compte rendu [0].
- Consultation d'annonce, information loyale, claire et adaptée [0].
- Formulaire d'affection de longue durée [0].

Accompagnement

- Soins continus [0], curatifs et palliatifs.
- Surveillance de la fonction rénale et de la numération avant chimiothérapie [0].
- Prévention et traitement des vomissements chimio-induits [0] :
 - éviter la survenue de vomissements anticipés ;
 - selon le potentiel émétisant des drogues ;
 - métoclopramide, sétrons, corticoïdes.
- Alopécie.
- Hématotoxicité : facteurs de croissance hématopoïétiques.
- Prise en charge des symptômes du cancer : douleur [0], compression.
- Prévention de la maladie veineuse thromboembolique si alitement [0] ou compression.
- Aspects socioprofessionnels : renouvellement de la prise en charge en affection de longue durée, arrêt de travail longue maladie, temps partiel thérapeutique.

Copyrighted material

Fiche Dernier tour

Prise en charge des cancers en gériatrie

- L'âge n'est pas une contre-indication aux thérapies anticancéreuses.
- Attention aux comorbidités et à la dénutrition : évaluation préthérapeutique soigneuse.
- Évaluation du pronostic du cancer et de l'espérance de vie du patient.
- Troubles cognitifs pouvant entraver l'information : importance de la personne de confiance.
- Morbidité et mortalité liées aux traitements plus importantes.
- Fréquence de l'insuffisance rénale : adaptation des posologies.
- Risque constant d'apparition d'une dénutrition.
- Évaluation de l'autonomie et des capacités des aidants.

Surveillance

- Prolongée, régulière, clinique 0 et paraclinique avec imagerie 0.
- Évolution de la maladie initiale 0.
- Recherche d'un deuxième cancer 0 : même facteurs de risques ou secondaires au traitement.
- Toxicité retardée des traitements 0 : lésions radio-induites.

Prise en charge symptomatique et palliative

- Douleur : recours fréquent d'emblée aux morphiniques.
- Angoisse.

Aspects psychologiques

- Angoisse majeure.
- Mise en jeu de mécanismes de défense 0 : déni, déplacement, rites obsessionnels, régression, agressivité, sublimation.
- Soutien psychologique et éventuellement médicamenteux.
- Impact sur les proches et les aidants.
- Charge émotionnelle intense pour les soignants.

Copyrighted material

ITEM 295

Amaigrissement

	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIF

- Devant un amaigrissement, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

LIENS TRANSVERSAUX

- ITEM 50 Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.
- ITEM 54 Vieillissement normal : aspect biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.
- ITEM 59 La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.
- ITEM 61 Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.
- ITEM 110 Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition.
- ITEM 171 Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses.
- ITEM 181 Iatrogénie. Diagnostic et prévention.
- ITEM 308 Dysphagie.

Sujets tombés au concours de l'Internat : 2000

Sujets tombés

- 2000 – Dossier 10, cession Nord : Altération de l'état général et palpitations chez une femme de 76 ans.

1) Hyperthyroïdie : AEG, tachycardie avec palpitations et ACFA, goitre multinodulaire, TSH effondrée.
2) Faire un dosage de T4 libre pour confirmer le diagnostic.
3) Étiologie : goitre multinodulaire toxique (confirmation : scintigraphie).
4) Complications : thyrotoxicose, cardiovasculaires, amaigrissement, psychiatriques, décès.
5) Traitement : ralentir ACFA (b-bloquant) et mise en euthyroïdie (antithyroïdien de synthèse) puis chirurgie.

CONSENSUS

- Aucune conférence de consensus n'existe à ce jour sur ce thème.

POUR COMPRENDRE...

■ Le poids d'un adulte quel que soit son âge doit rester stable à ± 2 % au cours de sa vie (sauf pour les femmes à la ménopause, où une prise de poids modérée physiologique est acceptable) ITEM 54.

Copyrighted material

- Chez le sujet âgé, une perte de poids de plus de 4 % en un an augmente la morbi-mortalité ➤ ITEM 59.
- Le marqueur de l'amaigrissement est la perte de poids.
- Une perte de plus de 10 % du poids du corps en 1 mois est une urgence vitale.
- Une perte de poids très rapide (> 500 g/j) est une perte hydrique.
- Les sujets de plus de 75 ans doivent être pesés tous les mois.
- La conséquence à terme de la perte de poids est **toujours** la malnutrition protéino-énergétique ➤ ITEM 61.

I. CONDUITE À TENIR DEVANT UN AMAIGRISSEMENT

A. Interrogatoire

- Quantifier la perte de poids (combien, en combien de temps ?).
- Vérifier l'absence de caractère volontaire (régime caché).
- Symptômes à rechercher : soif augmentée, troubles du goût, troubles de la déglutition, altération de l'état général (anorexie, asthénie), douleurs, dysphagie ➤ ITEM 308, nausées-vomissements, diarrhée, rectorragies, méléna, sensation de tristesse et d'inutilité.
- Antécédents : précis et circonstanciés (notamment, interventions digestives antérieures).
- Médicaments : rechercher une polymédication, l'introduction récente d'un médicament anorexigène. C'est très fréquent chez les sujets âgés ➤ ITEM 181.
- Prise d'alcool, tabac, drogues.
- Interrogatoire social : précarité, isolement ➤ ITEM 171.

B. Examen clinique

1. Non spécifique à la personne âgée

- Recherche de signes de carence (œdèmes, modifications cutanéophanériennes, ascite).
- Recherche de ganglions pathologiques.
- Toucher rectal (sang).

2. Spécifique à la personne âgée

- Analyse de l'autonomie fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales concernant l'alimentation (échelle ADL : arrive-t-il à manger seul ?, échelle IADL : arrive-t-il à cuisiner seul ? à faire ses courses seul ? *(voir annexes, p. 139 et 141)*).
- Évaluation de l'état cognitif avec le MMSE et la batterie cognitive courte (test des 5 mots de Dubois, test de l'horloge, fluence verbale) *(voir annexe, p. 133)*.

Copyrighted material

- Évaluation d'un état dépressif sous-jacent *(Geriatric Depression Scale* [GDS]) [0] *(voir annexes, p. 135 et 137)*.
- État buccodentaire (mycoses buccales, chicots et appareillage inadapté, notamment). [0]

C. Examens diagnostiques de première intention

- **Biologie :** NFS, plaquettes, VS, CRP, ionogramme sanguin, glycémie, bilan phosphocalcique, bilan hépatique (transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines), protidémie, albuminémie, préalbuminémie, orosomucoïde et calcul du PINI ITEM 61, TSHus, biochimie et cytologie urinaire, hémoccult.
- **Imagerie :** échographie abdominopelvienne, radiographie du thorax face et profil.
- Évaluation des ingesta : par questionnaire alimentaire semi-quantitatif sur 72 heures.

D. Examens diagnostiques de seconde intention

- **Biologie :** stéatorrhée, poids des selles, recherche de tuberculose, sérologie VIH, immunoélectrophorèse des protéines, test à la dexaméthasone, test à l'ACTH, dosages des catécholamines urinaires, procalcitonine (foyer infectieux profond éventuel).
- Imagerie :
 - fibroscopie œsogastroduodénale ;
 - coloscopie ;
 - TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste.

II. DIAGNOSTICS À ÉVOQUER

A. Appétit diminué

1. Situations d'hypercatabolisme

- Cancers solides et hémopathies malignes : les maladies cancéreuses les plus fréquentes après 75 ans sont le cancer colorectal, le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer du poumon et les lymphomes non hodgkiniens. Les circonstances diagnostiques des cancers du sujet âgé sont souvent atypiques, et l'amaigrissement peut en être le seul signe, notamment chez les sujets âgés fragiles. [0]
- Insuffisances d'organes chroniques (respiratoire, cardiaque, rénale, hépatique).
- Maladies inflammatoires (Horton, polyarthrite rhumatoïde).
- Foyer infectieux chronique (abcès viscéral, foyer ORL ou dentaire).
- Hyperthyroïdie*.
- Cushing (rare).
- Phéochromocytome (très rare).

* Concours Internat 2000

Copyrighted material

- Perte d'autonomie (nécessité d'une aide extérieure pour la réalisation et l'ingestion des repas). La dépendance est une cause majeure d'amaigrissement et de mauvais état nutritionnel. [0]
- Maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer), par leurs conséquences motrices.
- Précarité socioéconomique, rendant difficile l'achat de produits alimentaires frais.

III. RECHERCHER LE RETENTISSEMENT DE LA PERTE DE POIDS

Il faut aussi identifier le retentissement de la perte de poids, et rechercher sa conséquence, la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé ITEM A1. [0]

Copyrighted material

Fiche **Dernier tour**

Amaigrissement

- La conséquence clinique de l'amaigrissement est la perte de poids.
- Le pronostic vital peut être en jeu rapidement (perte de plus de 10 % du poids du corps en 1 mois).
- Une perte de poids très rapide (> 500 g/j) est une perte hydrique 0.
- La conséquence à terme de la perte de poids est toujours la malnutrition protéino-énergétique 0 ITEM 61.
- À l'interrogatoire : penser à l'isolement social 0 et à la recherche de polymédicamentation 0.
- Diagnostic clinique :
 - toucher rectal (sang) 0 ;
 - analyse de l'autonomie fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales concernant l'alimentation (ADL, IADL) 0 ;
 - évaluation de l'état cognitif avec le *Mini Mental State Examination* et la batterie cognitive courte 0 (test des 5 mots de Dubois, test de l'horloge, fluence verbale) ;
 - évaluation d'un état dépressif sous-jacent *(Geriatric Depression Scale* [GDS]*)* 0 ;
 - état bucco-dentaire 0.
- Diagnostic biologique de première intention : NFS, plaquettes, VS, CRP, ionogramme sanguin, glycémie, bilan phosphocalcique, bilan hépatique, protidémie, albuminémie, préalbuminémie, orosomucoïde et calcul du PINI), TSHus, biochimie et cytologie urinaire, hémoccult.
- Imagerie de première intention : échographie abominopelvienne, radiographie du thorax face et profil.
- Chez le sujet âgé, les causes les plus fréquentes d'amaigrissement sont :
 - la maladie d'Alzheimer 0 ;
 - la dépression 0 ;
 - la iatrogénie 0 ;
 - la perte d'autonomie fonctionnelle 0 ;
 - les maladies cancéreuses (cancers solides et hémopathies malignes) 0.
- Une carence d'apport sans cause retrouvée est très fréquente chez le sujet âgé 0.
- Une perte de poids doit faire rechercher une dénutrition protéino-énergétique ITEM 61.

Copyrighted material

Hidden page

Mini Nutritional Assessment (MNA™)

Dans tous les cas, faire le MNA dans sa globalité

NESTLÉ NUTRITION SERVICES

Evaluation de l'état nutritionnel
Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: Prénom: Sexe: Date:

Age: Poids, kg: Taille en cm: Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage. Si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C Mobilité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐☐

12 points ou plus: normal, pas besoin de continuer l'évaluation

11 points ou moins: possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non 1 = oui ☐

H Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des oufs ou des légumineuses? oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui ☐ non ☐

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐,☐

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui ☐

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐,☐

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐,☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐,☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 ☐

Evaluation globale (max. 16 points) ☐☐,☐

Score de dépistage ☐☐

Score total (max. 30 points) ☐☐,☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points: risque de malnutrition ☐

moins de 17 points: mauvais état nutritionnel ☐

Ref. Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1996. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Supplement 2: 15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA. An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Basel, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners

Copyrighted material

Mini Mental State Examination (MMSE) : version consensuelle du GRECO

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ? ☐
2. En quelle saison ? ☐
3. En quel mois ? ☐
4. Quel jour du mois ? ☐
5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* ☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** ☐
9. Dans quelle province ou région est située ce département ? ☐
10. A quel étage sommes-nous ? ☐

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14.	93	☐
15.	86	☐
16.	79	☐
17.	72	☐
18.	65	☐

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Langage / 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?* ☐
Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?** ☐
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** ☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, ☐
26. Pliez-la en deux, ☐
27. Et jetez-la par terre. »**** ☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ». ☐

« FERMEZ LES YEUX »



Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »***** ☐

Praxies constructives / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? » ☐

Copyrighted material

Geriatric Depression Scale (GDS) à 30 questions

MODALITÉS DE PASSATION

- *Modalité de passation pour le patient :* « Choisissez, s'il vous plaît, la meilleure réponse pour décrire comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine. »
- *Modalité de passation pour l'observateur :* posez les questions **verbalement**. Entourez la réponse donnée par le patient. Ne la montrez pas au patient.

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui	Non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	Oui (1)	Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui (1)	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui (1)	Non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	Oui	Non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	Oui (1)	Non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	Non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	Oui (1)	Non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	Non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	Oui (1)	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	Oui (1)	Non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	Oui (1)	Non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	Oui (1)	Non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	Oui (1)	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	Oui	Non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui (1)	Non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	Oui (1)	Non
18. Vous faites-vous beaucoup de soucis à propos du passé ?	Oui (1)	Non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	Oui	Non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	Oui (1)	Non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	Oui	Non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	Oui (1)	Non

Copyrighted material

Gériatrie

S. Moulias, O. Guérin, V. Peigne

L'OUVRAGE

Cet ouvrage de cours synthétique traite l'ensemble des items de **gériatrie** figurant **au programme de DCEM2-DCEM4**.
Chaque chapitre, consacré à un item, est rédigé suivant un plan identique, original, clair et très didactique qui facilite l'**apprentissage.**
Chaque item comprend les éléments systématiques suivants :
- les conférences de consensus, d'experts et les recommandations existantes ;
- des **schémas**, des **algorithmes** et de l'**iconographie** ;
- des **encadrés** sur les notions importantes ;
- des repères permettant d'identifier les sujets déjà tombés au concours de l'internat et aux ECN (depuis 10 ans), clairement indiqués en regard du thème tombé avec leur date et un court résumé des Annales ;
- des renvois transversaux vers les autres items du programme (intra- et interdisciplinaires) ;
- les « zéros » aux questions ;
- une « Fiche Dernier tour » qui propose un résumé de l'item pour une révision complète et rapide de celui-ci.

LE PUBLIC

Les étudiants de DCEM qui souhaitent se préparer efficacement aux Épreuves Classantes Nationales.

LES AUTEURS

Sophie Moulias est praticien hospitalier, unité de court séjour gériatrique, CHU de Ambroise Paré, Boulogne (AP-HP).

Olivier Guérin est praticien hospitalo-universitaire, pôle de gérontologie, CHU de Nice, hôpital de Cimiez.

Vincent Peigne est interne des hôpitaux de Paris.

*Les directeurs de la collection – **Gabriel Perlemuter, David Montani et Léon Perlemuter** – sont réputés pour leurs qualités pédagogiques et sont auteurs de nombreux ouvrages.*

Retrouvez
tous les ouvrages Masson sur
www.masson.fr

978-2-294-70073-6



Copyrighted material